مبادىء
الصحة النفسية



الأستاذ الدكتور
صالح حسن أحمد الداهري
أستاذ الإرشاد النفسي والصحة النفسية
جامعة بغداد / كلية التربية ابن رشد
أستاذ الإرشاد النفسي والصحة النفسية
جامعة عمان العربية / كلية التربية

مبادئ الصحة النفسية

تأليف

الأستاذ الدكتور صالح حسن أحمد الداهري

أستاذ الإرشاد النفسي والصحة النفسية

جامعة بغداد / كلية التربية ابن رشد

أستاذ الإرشاد النفسي والصحة النفسية

جامعة اليرموك / كلية التربية

دار وائل للنشر

الطبعة الثانية

2010

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : (٢٠٠٤/٦/١٤٣٩)
الداهري ، صالح
مبادئ الصحة النفسية / صالح الداهري.
– عمان، دار وائل، ٢٠٠٤.
(٤٣٧) ص
ر.إ. : (٢٠٠٤/٦/١٤٣٩)
الواصفات: الصحة النفسية / علم النفس
* تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

****

رقم التصنيف العشري / ديوي : ١٥٨
ISBN 9957-11-512-x (ردمك)

* مبـادئ الصحـة النفسية
* الأستاذ الدكتور صالح حسن الداهري
* الطبعة الأولى ٢٠٠٥
* الطبعة الثانية ٢٠١٠

دار وائـل للنشر والتوزيع
* الأردن – عمان – شارع الجمعية العلمية الملكية – مبنى الجامعة الاردنية الاستثماري رقم (٢) الطابق الثاني
هـاتف : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣٨٤١٠ – فاكس : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣١٦٦١ - ص. ب (١٦١٥ – الجبيهة)
* الأردن – عمـان – وسـط البـلد – مجمـع الفحيص التجـاري- هـاتف: ٠٠٩٦٢-٦-٤٦٢٧٦٢٧
www.darwael.com
E-Mail: Wael@Darwael.Com

الإهــداء

إلى من سهرت عليّ الليالي أرضعتني حب الوطن وحب العلم
والدتي العزيزة أطال الله عمرها

إلى زوجتي العزيزة وابنائي الأعزاء

دينا، علي، علياء، سعد، ساري، حسن
حفظهم الله ورعاهم.

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

جاءت فكرة هذا الكتاب في سنة ١٩٩٦ حيث ارتبطت بواقع تدريس هذا المساق في كلية التربية / ابن رشد جامعة بغداد ولكن الظروف التي مرت بالعراق العظيم من حصار ظالم وتدمير كامل انتهى بالاحتلال له أخرت صدور هذا الكتاب إلى عالم النور.

إن هذا الكتاب يشير إلى أهمية الصحة النفسية ومؤشراتها والنظريات بكل جوانبها مما يفيد الدراسات الأولية والعليا كمصدر ورافد علمي حديث. فقد اشتمل على ستة فصول، تضمن الفصل الأول علم النفس والصحة النفسية في التراث العربي الإسلامي ثم معايير الصحة النفسية، التكيف العربي النفسي والعوامل الأساسية التي تساعد على التكيف النفسي في التشخيص الكافي بين الأمراض الحقيقية العضوية والأمراض الهستيرية، ثم الفصام والوسواس القهري.

أما الفصل الثاني فقد شمل على الشخصية ونظرياتها ثم تعاريف الشخصية وأنماط الشخصية وديناميات الشخصية والشخصية ونظام الحياة، نظرية كاتل، نظرية أيزنك، نموذج الخمسة الكبار للشخصية ثم تقييم نظرية السمات الشخصية نظام الطاقة النفسية. نظرية التحليل النفسي ومدرسة التحليل النفسي الحديث فنظرية أريكسون نظرية أدلر، نظرية يونغ، نظرية كارن هورني، نظرية سويلفان، نظرية الحاجات الإنسانية (موريه) الشخصية نظام معرفي سلوكي، نظرية التعلم، نظرية المتوقع، نظرية المتغيرات الشخصية، ثم نظرية الذات روجرز، نظرية ماسلوا ونظرية الأنماط ثم اختبارات الشخصية، قياس الشخصية، الاضطرابات السايكوسوماتية، بعض الأمراض السايكوسوماتية.

أما الفصل الثالث فقد تضمن مجالات الإرشاد النفسي ومشكلات العلاقة مع جماعة الرفاق والعزلة الاجتماعية والمشكلات التي تتعلق بالدراسة والتحصيل الدراسي وأثرها

على الصحة النفسية ثم أهمية الصحة النفسية للأفراد والمجتمع. ثم الاختبارات الإرشادية وأغراضها، ثم الإبداع، الدافعية، والإبداع والإفراط السلوكي عند الأطفال.

أما الفصل الرابع فقد تضمن مرحلة المراهقة ومشكلاتها ثم الإطار النظري في تفسير مشكلات المراهقة ثم العلاقة بين المراهقة "الجوانب الجسمية والانفعالية للفرد"، ثم عوامل انفعالات المراهقين والنمو الاجتماعي للمراهقين وخصائص السلوك الاجتماعي، وخصائص العائلة ثم دور المدرسة في النمو الاجتماعي ثم مشكلات المراهقين في المدارس الثانوية -الشباب في المدرسة والهروب منها- التأخر الدراسي، السلوك الانفعالي.

أما الفصل الخامس فقد تضمن اضطرابات القلق وأنواعه ومظاهره ثم اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ثم أساليب العلاج النفسي للاضطرابات الانفعالية ثم الأساليب النوعية المستعملة في العلاج السلوكي ثم عصاب الوسواس والقهر.

أما الفصل السادس فقد أشرنا به إلى الصحة النفسية ورعاية تأهيل المعاقين ثم الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي والجمعي ثم الصحة النفسية للأسرة ثم التأهيل الاجتماعي (المهني للمعوقين سمعياً، ثم التأهيل الاجتماعي المهني للمعاقين بصرياً) توجيه الأحداث المنحرفين.

شكري وتقديري إلى عائلتي ممثلة بزوجتي التي عانت الكثير من ألم البعد ووحشة الغربة عن الوطن مما زادني همة وقوة على أن اشغل وقت فراغي بإصدار واكمال هذا الكتاب الذي سيكون رافداً علمياً ثرياً بإذن الله.

شكري وتقديري إلى كل من مد يد العون لاكمال هذا الكتاب بشكل عام.

والله نسأل أن يوفقنا لنصرة الحق والدفاع عن الوطن الغالي المسلوب. والله الموفق.

المؤلف

أ.د صالح حسن احمد الداهري

١

الفصـــل الأول

محتويات الفصل الأول

- علم النفس والصحة النفسية.
- تاريخ علم النفس الفلسفي.
- علاقة الفلسفة بعلم النفس والصحة النفسية
- اسهامات اعلام الفلاسفة في علم النفس والصحة النفسية
- علم النفس عند المسلمين
- تارخ علم النفس والصحة النفسية
- تاريخ علم النفس وتطوره في بعض بلدان العالم
- تطور منهاج التفكير في علم النفس والصحة النفسية
- تطور فروع علم النفس
- تعريفات في الصحة النفسية
- علاقة الارشاد النفسي بالصحة النفسية
- الصحة النفسية عند البدائيين
- الصحة النفسية عند اليونان والرومان
- الصحة النفسية في التراث العربي الاسلامي
- معايير الصحة النفسية
- المؤشرات العامة للصحة النفسية
- التكيف النفسي
- العوامل الاساسية التي تساعد على التكيف النفسي
- العوامل التي تساعد على سوء التكيف النفسي
- التشخيص الفارقي بين الامراض الحقيقية العضوية والامراض الهستيرية
- الوسواس القهري، اسبابه وتشخيصه
- الفصام

يعد علم الـنفس مـن العلـوم الحديثـة نسـبيا والـذي يعـود إلى بـدايات القـرن العشرين حيث اسهم كثير من العلوم في تمايزه عن غيره من العلوم الاخرى والتي رفدت هذا العلم بكثير من الانجازات التي كان لها الاثر الكبير في تكوين الاطار النظري الزاخـر بالبحوث النظرية والعملية في مجال دراسات السلوك الانساني.

وقد استطاع علم النفس رغم الصعوبات التي واجهت مسيرته واختلاف الأفكـار وتضاربها عند العلماء العاملين في هذا المجال واختلاف المناهج الفكرية لمدارسه أن يجد مكانته بين بقية العلوم ويصبح علما مستقلا بذاته، فقد نجح هذا العلم الفتيّ وفي فترة قياسية أن يكشف عن اسرار العقل البشري.

كما استطاع ان يجد لنفسه مجموعة مـن النظريـات التـي اصـبحت قـادرة عـلى تفسير السلوك البشري، وقد برهنت على صدق وصحة هذه الفرضيات من خلال قدرتها على تطبيق نظرياتها السايكولوجية وإخضاعها للممارسة الميدانية. وقد حاول كثـير مـن العلماء إعادة تاريخ علم النفس إلى الفترة التـي اصـبح فيـه علـما تجريبيـا يعتمـد عـلى البحث والتجريب المتعلق بمظاهر السلوك وتفسيره والإفادة مـن ذلـك إفـادة تطبيقيـة. وان ربط تاريخ علم الـنفس بهـذه الفـترة لا يعنـي إغفـال دور التصـورات القديمـة عـن العقل والروح والتي سبقت هذه التجارب كما لا يعني الدور الأول لهـذا العلـم وكـذلك الدور الذي لعبه علماء المسلمين في الإشارة إلى هذا العلم وعلاقة هذا العلم بالصحة النفسية.

تاريخ علم النفس الفلسفي

اذا عدنا إلى تاريخ علم النفس خلال الفترة الممتدة ما بين القرن السـابع عشرـ حتـى نهاية القرن التاسع عشر، نجده خلال هذه الفترة فرعاً من فروع الفلسفة وجانباً من جوانـب النسيج العام لها. كما نجد علماء الفلسفة جالسين على منصة علماء الـنفس قـد أخـذوا عـلى عاتقه مهمة دراسة الظواهر الإنسانية وتفسير السلوكات ووضع الدوافع لهذه التصرفات.

وقد اسهم علماء الفلسفة في تناول النفس الانسانية وطبيعة خلودهـا والعلاقـة بـين النفس والجسد بمجموعة من الابحاث التي حاولت ان تقدم المزيد من الآراء والمعارف

عن هذا المجال وتكون استمراراً للفلسفة الافلاطونيـة أو الارسـيطية أو خليطـاً بين هذين الاتجاهين اللذين يعدان من ابرز الاتجاهات الفلسفية، وعلاقة ذلك بالصحة النفسية التي تعتبر جوهر علم النفس.

كما لم تبقَ الفلسفة اتجاهاً مسـتقلاً عـن بقيـة العلـوم وفي عزلـة عـن الجانـب التطبيقي فيها بل انها بدأت تتأثر بمكتشفات العلوم الطبيعية التي كان لها الأثـر الكبـير في تغير بعض الاتجاهات والمعلومات التي كانت سائدة في ذلك العصر والتي كـان ينظـر اليها كمسلمات ثابتـة عـن العـالم وأخـذت الحـواس الانسـانية في ظـل هـذه التحـولات الفكرية الهائلة التي أصـابت الفلسـفة تتحـرر مـن التصـورات الفطريـة وتأخـذ مكانهـا كأدوات فاعلة في مجال اكتساب المعرفة. واصبح ينظر إلى علم النفس نظرة اكثر ايجابية وفاعليـة في رسـم خارطـة للسـلوك الانسـاني والاسـتفادة مـن توجهاتـه في تفسـير هـذه السلوكات بعبارة اكثر فاعلية من غـير اعطـاء وجـه صـحيحة ذات اثـر تجريبـي في هـذا المجال حيث شبهه العالم "هيوم" بجغرافيا العقل.

ينظر إلى علم النفس حتى فترة قريبة إلى انه احـد فـروع الفلسـفة وضرب مـن ضروب هذا العلم، وقد اسهمت الفلسفة اسهاما كبيراً وذو اثر بالغ في ترعرع هذا العلم واكتسابه صورته العامة إذ نجد هـذا الاثـر ونلمسـه مـن خـلال دراسـة هـذه المواضـيع وخاصة مواضيع الصحة النفسية.

علاقة الفلسفة بعلم النفس والصحة النفسية

تتميز العلاقة بين علم النفس والصحة النفسية والفلسفة بالترابط الوثيق والتأثر المتبادل وبالتكامل احيانا. ويمكن القول بطريقة اخرى ان للفلسفة فضلا كبير في نشأة علم النفس والصحة النفسية ونموها وتطورها، كما ان للصحة النفسية ولعلم النفس دورا كبيرا في مد الفلسفة بمعطيات أنارت كثيرا من دراساتها.

حيث ان الفكر الانساني الاول قـد قنـع لأمـد طويـل بفكـرة وجـود انسـان غـير محسوس داخل قلب الإنسان ودماغه يـؤثر في سـلوكه وفي حالتـه النفسـية وقـد نسـب الفكر اليوناني في القرن الخـامس قبـل المـيلاد هـذه الحالـة النفسـية إلى شيء غـير مـرئي اطلقوا عليه مصطلح النفس أو الروح. وعلى الرغم من استقلال السيكولوجيا (علم النفس)

وانفصالها عن الفلسفة في العصر الحديث الا اننا نجد تداخلا واضحا وترابطاً بين هاتين العملتين من الناحية النظرية حيث نجد هذا التداخل في المداخلات الآتية:
المادة التي يرويها علم النفس والصحة النفسية والفلسفة ألا و هي تفسير ودراسة سلوك الإنسان وما يتصل بهذا السلوك من وقائع واحداث، فالفلسفة درست هذا الاحداث تحت ما يسمى باسم الاحاسيس والمشاعر والرغبات والاحوال المزاجية والانفعالية حيث ان هذه الاوضاع النفسية تنتمي إلى صميم الكائن الحي ولا يمكن التغاضي عنها. (الوقفي، ١٩٩٩).

كما ويشترك علم النفس والصحة النفسية مع الفلسفة من حيث مصدر المعلومات ومصدر المعرفة ومنابعها الاساسية وتقارب الموضوعات التي يدرسها علم النفس، وكذلك تناولها الفلسفة بالايضاح وابداء الرأي فيها من الوجهة الفلسفية، وبخاصة تلك التي تتناول مشكلة التفكير والتصور وطبيعة الادراك حيث نجد مكاناً لهذه المواضيع تحت مظلة الفلسفة وعلاقة كل من الفلسفة وعلم النفس بالصحة النفسية واضحاً من خلال طبيعة كل منهما.

كما يمكن ان نجد التداخل بين علم النفس والصحة النفسية والفلسفة من حيث الالية التي تتناول بها دراسة الموضوع من جوانبه المختلفة لنجد علم النفس يقوم بدراسة الظاهرة من الناحية التجريبية والتي تتناسب طبيعتها مع المنهج العلمي في اخضاعها إلى التجربتين والاثبات بينما نجد الفلسفة تختلف على تفسير الجوانب المخفية في الظاهرة أو المادة مجال البحث والتي يصعب اخضاعها إلى التجربتين .

كما يمكن ان نلمس التدخل بين علم النفس والصحة النفسية والفلسفة من خلال آراء ووجهة نظر بعض المشتغلين في هذا المجال حيث يميلون إلى ربط علم النفس والصحة النفسية بالفلسفة وإنهم يعدون الفلسفة اساسا لعلم النفس والصحة النفسية، وانه يمكن ان نصل خلال الفلسفة، استيعاب الموضوعات السيكولوجية من منظار روحي وميتافيزيقي.

وبعيدا عن كل ذلك فاننا لا نستطيع اخفاء اثر الفلسفة في نشوء علم النفس والصحة النفسية كما اننا نلمس الاستفادة من النجاحات التي يحققها علم النفس في المجال

التجريبـي في ايجـاد اراء ذات اثـر فلسـفي يسـتحق التفكـير والتسـاؤل. (زاهـي نـاصر، ١٩٩٨).

إسهامات بعض أعلام الفلاسفة في علم النفس والصحة النفسية

أ. افلاطون

يعتبر افلاطون من ابرز علـماء الفلاسـفة الـذين اسـهموا بـآراء قيّمـة في طبيعـة النفس الانسانية حيـث عكـف عـلى دراسـة مبـادئ الوجـود الانسـاني والمشـكلات التـي تعترض حياة الإنسان، وقد عـالج هـذه المشـكلات والمواضـيع بطريقـة تـتراوح بـين علـم النفس والفلسفة والصحة النفسية.

وقد تجسدت نظرة افلاطون إلى الإنسان في اعتبار النفس طبيعة غير ماديـة إلى غير محسوسة بينما الجسد من طبيعة مادية محسوسة واعتبر الروح هي اعلى واسمـى مـن الجسـد باعتبارها عالـماً خـالـداً والجسد عالماً زائلاً. (راضي الوقفي، ١٩٩٩).

حيث يـرى ان المشـاكل هـذه التـي يصـادفها الإنسـان تكمـن في طبيعـة الفـرد النفسية؛ لذا علينا اذا اردنا ان نفهم هذه المشاكل واسبابها ان نكـون عـلى علـم ودرايـة بعلم النفس، فالنفس تنقسم إلى ثلاثة اقسام:

- **الشهوانية:** وتتمثل في الرغبة والاهـواء وتسـعى إلى اشـباع حاجاتهـا دون الالتفـات إلى القوانين أو ما هو ممنوع أو ما هو مسموح .
- **القوة الغضبية:** تمثل العاطفة والطموح وهي في مركز وسط ، فإذا خضعت إلى الرقابـة العقل عملت في مجال الشجاعة امـا اذا خضـعت إلى الشـهوانية اصـبحت نفسـاً شريرة.

القوة العاقلة: وتتمثل فيها الفضيلة والحكمة مركزها العقل وتعمل كرقيب على القوتين الثابتتين وهذا ما اشار اليه فرويد عندما قسّم النفس في نظرية التحليل النفسي. (زاهي ناصر، ١٩٩٨)

ب. ارسطو

ينظر إلى ارسطو على انه مؤسس علم النفس واكثر العلماء اسهاما في وضع قواعد سليمة تقوم على اساس علمي يعتمد على الحواس والدقة في ملاحظته للواقع والموضوعية. ويعتبر ارسطو علم النفس من العلوم الطبيعية الثابتة وان الفلسفة هي التي تبحث عن الشئ الثابت داخل الجسم المتحرك. وقد رأى ان النفس هي ما بها من خيار وتحسس وتنتقل في المكان وتدرك وتعقل. وهو يعبر عن النفس بهذا التعريف على أنها الجزء الحيوي من الجسم الانساني وهي مجموعة القواعد والعمليات؛ أي انها هي التي تصور الافعال وهي الوحدة العضوية في الجسم، وتكون بمثابة المنظم لانفعال الإنسان.

وقد اهتم ارسطو في التربية العقلية للانسان كما ركز على الجانب الجسدي واهميته في ايجاد التوازن في جميع مجالات الحياة وهو اول من اشار إلى القول القائل: العقل السليم في الجسم السليم ، وهذا هو اساس الصحة النفسية السليمة.

ج. جان لوك

اعطى جان لوك قيمة كبيرة للمعرفة التي يكتسبها الإنسان ويرى ان المعرفة الحقيقية هي التي يكتسبها الإنسان عن طريق الحواس اذ لا يوجد شئ في العقل متراكم قبل نضوج الحواس ، ويقر ويتفق مع القول الذي يرى بأن الطفل يأتي على هذه الدنيا صفحة بيضاء فتتشكل المعلومات داخلها عن طريق الخبرة التي تأتي عن طريق الحواس، كما اسهم في انقاذ علم النفس من ابحاث ما وراء الطبيعة.

علم النفس عند المسلمين

حظي علم النفس بدراسات عميقة شغلت مختلف الحضارات والثقافات، والثقافة الاسلامية كغيرها من الثقافات اهتمت بالنفس الانسانية، وكان لها رأي بارز في هذا المجال، ولعل المتبع لهذه الاراء في ظل هذه الثقافة يجدها تتشابه مع الفلسفة اليونانية من حيث اعتمادها على العقل في محاكمة الامور؛ ذلك لاعتقادهم أن العقل البشري قادر على ادراك الحقيقة وتجريد ماهية الموجودات من اللواحق الحسية ومن الصور التخيلية، كما تستطيع النفس الانسانية إلى جانب ذلك تحويل المحسوسات والجزيئات إلى معقولات كلية بتأثير عقل مفارق يطلقون عليه العقل الفعّال. (محمد ربيع، ٢٠٠٠).

ومع ان الفلسفة الاسلامية شربت من نبع اليونان واستمدت من الحضارة بعض العناصر، الا ان هذا التأثر لا يخفي الملامح الخاصة بالفلسفة الاسلامية، حيث نجد اختلافاً في كيفية توظيف هذا الهيكل يقوم على أساس ديني، حيث ينظر إلى العالم والى الإنسان نظرة دينية من منظور اسلامي بينما ينظر الفيلسوف اليوناني إلى العالم على انه بناء جامد يخضع لآلهة وثنية.

وقد عمد علماء المسلمين الى اخضاع آراء الفلاسفة اليونان إلى المحاكمة من منظور اسلامي مبينين ما اشتملت عليه من مبالغة أو خطأ آخذين منها ما هو صحيح واضعين هذه الافكار داخل نسق وإطار منظم فيه من التجديد والابتكار ما يجعل الدارس في هذا المجال يلمس اثر هذه الحضارة وعمق نظرتها إلى الإنسان.

وقبل التحدث عن آراء بعض الفلاسفة المسلمين في علم النفس والروح والعقل نود ان نعرض بعض الآيات الكريمة المتعلقة بهذا الموضوع والتي كشفت عن امور كثيرة سبقت بها النظريات النفسية، كما سبرت أغوار النفس الانسانية متحدثة عن النفس والروح وكيفية خلق الابدان ومنها الروح والقوى النفسية المدركة والحلم والرؤيا وحياة الروح بعد الموت وكل ما يتعلق بالنفس الانسانية.

ففي سورة السجدة يقول الله تعالى" الذي احسن كل شيء خلقه، وبدأ خلق الإنسان من طين، ثم جعل نسله من سلالة من ماء مهين، ثم سواه ونفخ فيه من روحه وجعل لكم السمع والابصار والافئدة قليلا ما تشكرون" (سورة السجدة، الآيات ٦-٩).

وفي سورة الانعام يقول تعالى" وهو الذي انشأكم من نفس واحدة فمستقر ومستودع قد فصلنا الايات لقوم يفقهون" (الأنعام، الآية ٩٨).

وهناك عشرات الايات التي تتحدث عن الروح والنفس والعقل لا مجال لذكرها جميعا وتؤكد على الصحة النفسية والتكيف النفسي.

اما الحديث الشريف فقد تناول النفس البشرية ايضا حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "يولد المولود على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه"

وكما قال الرسول عليه الصلاة والسلام في حديث آخر" الارواح جنود مجندة فما تعارف منها ائتلف وما تناكر منها اختلف ".

حيث اصبحت هذه الايات والاحاديث الشريفة بالاضافة الا ما قد عرفه المسلمين من نظريات وآراء تأثروا بها مصدرا غنيا للفلسفة مستقلة لها من الاسس والقواعد وما يميزها عن غيرها تحاكم الامور من منظور خاص بها كما أصبحت مصدرا لكثير من الآراء والمناقشات المتعلقة بحقيقة النفس وصفاتها وآثارها.

بعض أعلام علم النفس والصحة النفسية من المسلمين

أ. الفارابي: يعد الفارابي من الرواد في الدراسات الانسانية عند العرب، حيث كان يطلق عليه المعلم الثاني ، وكان من المهتمين بالدراسات النفسية وله في هذا المجال مؤلفات عدة، ومنها على سبيل المثال لا الحصر كتاب آراء المدينة الفاضلة، ويشرح مقالة الاسكندر في النفس وكتاب العقل وقد كان لارائه اثر في تشكيل الفلسفة عند المسلمين. (هاشم السامرائي، ١٩٨٧).

وقد عرف الفارابي النفس بأنها " كمال اول الجسم طبيعي آلي ذي حياة بالقوة" وهو يشير بهذا التعريف إلى صورة البدن واما النفس العاقلة لديه فهي" العقل" وهو جوهر الإنسان والصحة النفسية هي جوهر الشخصية. وهو لا يفصل بين الجسد والروح حيث يرى ان النفس تسكن الجسد ما دام ينبض بالحياة، وهي مضطرة لمساعدة البدن الذي هو محل لها.

ويشير الفارابي إلى السعادة والصحة النفسية حيث يرى انها تتحقق عندما تسمو النفس الانسانية ويصفو جوهرها، وقال فيها"وهي التي تصير نفس الإنسان إلى الكمال في الوجود بحيث لا تحتاج قوامها إلى المادة وذلك ان تصير في جملة الجواهر المفارقة للمادة وان تبقى على تلك الحال ابدا" (محمد ربيع، ٢٠٠٠).

ب. ابن سينا: يعد اول فيلسوف اهتم بعلم النفس والصحة النفسية وقد استفاد كثيرا من آراء ارسطو ومن علماء وفلاسفة القرون التي خلفت عصر آرسطو، وقد ألف ابن سينا العديد من الكتب منها: رسالة في علم النفس والقانون، حيث اشار إلى ما يعرف اليوم بـ "الطب السيكوسوماتي"، وقد اتبع ابن سينا في دراسته المنهج

التحليلي، فهو يحلل المشكلات النفسية تحليلاً دقيقاً ويصنفها تصنيفاً شاملاً.(السامرائي، ١٩٨٢).

كما عمد إلى تقسيم النفس الانسانية إلى ثلاث نفوس هي:

١- النفس النباتية.

٢- النفس الحيوانية.

٣- النفس الناطقة الانسانية

حيث اشار إلى النفس الانسانية بأنها تلك النفس القادرة على استيعاب الامور والتعامل مها على اساس من المنطق السليم. أما النفس الحيوانية وهي المتمثلة في القوة والقدرة على فعل الاشياء وهي مرتبطة بالحواس. أما النفس النباتية فهي تخدم قوى النفس الحيوانية بما توفره للجسم من طاقة يستطيع بها ان ينمو بها.

ج. **الغزالي:** يمكن الاشارة إلى هذا العالم على انه ابرز علماء عصره ومفكريه واحد ابرز اقطاب التربية وعلم النفس في زمانه، وقد تحدث الغزالي عن النفس الانسانية مستعملا مصطلحات اربعة في الاشارة اليها وهي" النفس والقلب والروح والعقل" واراد الاشارة بها إلى عنصر الحقيقة وهذا متمثل في اعماق الإنسان. (السامرائي، ١٩٨٥).

حيث يشبه الإنسان في جسمه والٍ في مملكته، فالبدن مملكة النفس وعالمه وقواه والقوة العقلية تلعب دور المثير الناضج والشهوة كرفيق السوء والغضب والحمية كالرقيب، حيث تصادم الشهوة وعلى الدوام مع القوة القليلة فلا تجد النفس هنا إلا أن تستعين بدور الغضب والحمية في التخفيف من سطوة الشهوة، وهذا ما نجده عند فرويد في ما اشار اليه من أنا وأنا أعلى والهو. (محمد ربيع، ٢٠٠٠).

د. **ابن خلدون:** تناول هذا العالم الكثير من المشكلات التربوية والنفسية والاجتماعية بلغة ميسرة وتسلسل منطقي في المواضيع المطروحة وسهولة اسلوبه واعتماده على الحس العلمي والمشاهدة في تحليل المسائل فقد اكد على اهميته اعتماد الامثلة الحسية لتفهيم الصورة الفكرية المدرسية، وبهذا تتفق هذه الرؤية مع النظريات

التربوية الحديثة تأكيدها على الوسائل التعليمية واهميتها في نجاح تفهم مادة الدرس.

كما اشار إلى اثر البيئة في نقل السلوك واكسابه لافرادها وكذلك تأثيرها على البيئة الحسية وطبيعة المزاج حيث اشار إلى طباع اهل المدن والريف والبدو.

وهكذا نرى كيف اسهمت الحضارة العربية الاسلامية في نشاة علم النفس والصحة النفسية وكيف اثر المنظور الديني والفكر الاسلامي في صياغة اراء العلماء وجعل لهم هوية تميزهم عن غيرهم من الفلاسفة الذين اعتبروا ان المادة اساس عملهم دون الالتفات إلى القيم الانسانية والاخذ بعين الاعتبار ان المادة التي يبحثون عنها هي مادة تميزهم تختلف عن غيرها من المواد الاخرى التي تخضع إلى التجريب في العلوم الاخرى. (هاشم السامرائي، ١٩٨٥).

تاريخ علم النفس والصحة النفسية كعلم مستقل:

يرجع بعض العلماء تاريخ علم النفس والصحة النفسية بشكل خاص إلى الفترة التي أصبحا بها علما مستقلا عن الفلسفة، وذلك بظهور الجانب التجريبي، حيث شهدت العقود الاخيرة من القرن التاسع عشر الكثير من التجارب النفسية والمختبرات التي انشئت في ارجاء هذا العالم، وخاصة في امريكا والمانيا والتي استطاعت بفضل جهود العلماء البرهنة على ان الوظائف النفسية كالتفكير والتعلم والتذكر والنسيان يمكن دراستها دراسة موضوعية كظواهر تخضع للتجربة.

وقد كانت هذه القفزة التي قفزها علم النفس بمثابة خطوة واسعة في مجال ترسيخ هذا العلم ورسم صورته كعلم مستقل يرتكز على منهجية علمية يمكن ان يكون لنتائجه فائدة تطبيقية في الحياة اليومية للانسان تخرجه من الاطار النظري إلى الاطار العملي.

كما كان لهذا التوجه الذي شمل علم النفس والصحة النفسية بجميع مجالاته اثر كبير في تهيئة الفرصة وايجاد البيئة المناسبة ليشهد عام ١٨٧٩ ميلاد علم النفس علما مستقلا يجد لنفسه مجالا يقف به مع بقية العلوم الانسانية والطبيعية، إذ اسس فونت اول مختبر تجريبي في علم النفس في مدينة لايبرنج بألمانيا. (راضي الوقفي، ١٩٩٩).

وكانت التجارب تدور حول قياس ردود الفعل والانتباه والمثير والادراك وبالرغم من بساطة التجارب التي كانت تجري داخل المختبر الا انها اصبحت فيما بعد ذات اهمية في ايجاد طرق البحث العلمي وتوضيحها في علم النفس لتجعله بعد ذلك علماً يقوم على المنهجية العلمية المتوفرة في بقية العلوم الاخرى، وجعل هذا العلم كذلك علماً موضوعي في تناوله الظواهر. واصبحت هذه الخطوة من الخطوات البارزة في ترسيخ علم النفس كعلم مستقل عن غيره من العلوم وأسهمت في ميلاده من جديد.

كما كان هناك اسهامات فعالة ساعدت في تعجيل مولد علم النفس كعلم مستقل عن غيره من العلوم وخاصة الفلسفة نذكر من هذه العلوم على سبيل المثال:

الاحياء:

وكان ذلك عندما تحدث دارون عن نظرية النشوء والارتقاء التي ركزت على الوراثة وصراع البقاء وقد تركت اصداء واسعة في علم النفس الحديث.

حيث اشار إلى طبيعة نمو الإنسان في جوانبه المختلفة سواء العقلية أو الجسمية والتي خضعت لسلسلة من التطورات، ويرى كذلك ان ما يميز الإنسان وجود العقل لديه مع تحكم الغرائز ولو بشكل غير ملحوظ وهذا ادى إلى امكانية دراسة السلوك الانساني من خلال دراسة السلوك الحيواني.

دراسات الفروق الفردية:

كما اسهمت الفروق الفردية والدراسات التي خضعت لها في دفع عجلة ميلاد هذا العلم ، استطاع جالتون الاستفادة من علم الاحياء في نقل الطرق الدراسية المتبعة من علم الاحياء في دراسة الفروق وأوجه الشبه بين الناس، فوضع بعض وسائل تقدير الشخصية وكذلك وضع مجموعة من الاستبانات واستطاع في تكيف بعض الطرق الاحصائية مما يعتبر بداية القياس النفسي التي تشكل جزءا اصيلاً في مدى علم النفس المعاصر.

الدراسات التربوية:

كذلك اسهمت هذه الدراسات بشكل فعّال في تطور علم النفس والصحة النفسية من خلال اهتمامها بطرق الدراسة التي يتبعها التلاميذ في المذاكرة والوقوف على ميول

الطالب ورغباته في تطوير العملية التربوية. مما دفع السلطات التربوية إلى تعيين اخصائي نفسي في كل مدرسة ونشوء اول عيادة نفسية في عام ١٨٩٦.(فلوجل، ١٩٨٥).

ويمكن ان نشير إلى تطور علم النفس والصحة النفسية والدراسات التي قام بها العلماء في الاشارة إلى الناس ضعاف العقول إلى قصة الطفل الذي عثر عليه من قبل الصيادين في غابات الاميزون الفرنسية ، وقد كان هذا الطفل لا يمتلك ذخيرة لغوية كما كان يغلب على سلوكه التصرفات الحيوانية.

لقد كانت هذه القصة بمثابة تحدٍ وضع امام علماء النفس في ذلك الزمان والذي اوكلة مهمة تدريب وتنشئة هذا الطفل إلى عالم النفس اينارد، وقد استخدم معه مجموعة من الاساليب النفسية والسلوكية في محاولة منه لتعديل سلوكه واكسابه صفات السلوك الانساني. ورغم ان هذا العالم لم يصل إلى نتيجة ملموسة مع هذا الطفل الا انه وصل إلى قناعة بأنه متخلف عقلياً إلا انه حقق انجازاً آخر على الصعيد البحثي في لفت انظار العلماء لدراسة هذه الفئة من الناس ووضح مشكلته كتساؤل يلفت النظر.

كما اسهمت حركة التحليل النفسي في ظهور هذا العلم عندما اتجه هؤلاء الاطباء لتفسير الامراض النفسية على انها اضطرابات سلوكية وفقدان في التوازن العاطفي وضعف الارادة واتجاهات خاطئة في التفكير. وعدم الاخذ بالاتجاه الذي يقوم برد الاعتلالات النفسية إلى اخطاء وخلل يصيب الدماغ. لقد رفد هؤلاء العلماء الادب النفسي بمجموعة كبيرة من الابحاث التي اغنت علم النفس. (الوقفي، ١٩٩٩). وفي هذه العجالة نكون قد اشرنا إلى استقلال علم النفس والصحة النفسية عن الفلسفة ودور بعض العلوم في رفد هذا الاتجاه في الابحاث التي عملت على ابرازه كعلم له ثوابته وأسسه.

واستطاع العاملون في هذا المجال من رفد علم النفس وخاصة في الآونة الأخيرة بمجموعة مذهلة من الدراسات النفسية والتي يصعب معها حصر التطور الذي اصاب هذا الفرع من العلوم واعطاء تصور واضح عن الدرجة التي وصل اليها هذا العلم بخلاف الحقبة الزمنية السابقة والتي شهد معها علم النفس نوعا من عدم الاتزان وفقدان للهوية الواضحة المميزة له عن غيره من العلوم.

كما واصبحت تنشر دوريات وبشكل منظم كل سنة تضم في ثناياها آلاف الدراسات النفسية منتقاة بشكل موضوعي تتميز بالاصالة والفائدة العلمية للمجتمع الانساني تطرق مختلف فروع هذا العلم ومواضيعه كالدراسات السيكوسوماتية والعلاقة الانسانية والثقافة والضعف العقلي.

وفي ظل هذا التقدم يجد الفرد نفسه غير قادر على متابعة هذا كله فالأخصائي النفسي الخبير في معالجة المشكلات الانفعالية يجد نفسه على غير دراية واضحة بأحداث الاكتشافات في فسيولوجيا المخ والاخصائي الاجتماعي يعمل في مجال عمله ولا يستطيع ان يلم بمنجزات بقية العلوم بالرغم من اعتمادها على نفس منهج البحث من ملاحظة وفحص واشتراكهم في الهدف.

وتضم هذه الفترة التي تتحدث عنها سنوات الاضطراب المقترن بالحرب العالمية الثانية حيث تركز جهود العلماء في الدول المتحاربة على المجهود الحربي. وكان علماء النفس والصحة النفسية من بين هؤلاء العلماء الذين اخذوا على عاتقهم دراسة المشكلات العملية والاجتماعية التي خلفتها الحرب.

حيث خلقت الحرب العديد من المشكلات التي تحتاج إلى ارشاد واعادة تأهيل حتى يستطيعوا ان يعودوا إلى المجتمعات التي خرجوا منها ويكونوا قادرين على ان يكونوا على قدر من الانجاز والاهمية.

وكذلك اوكلت مهمة اختيار المجندين لهذه الحرب من صفوف المدنيين إلى علماء النفس حيث كان يتوجب عليهم وضع مقياس ومعيار لاختيار الجنود والحاقهم بفروع الجيش المختلفة التي تتفاوت في درجة المهارة والقدرة العقلية لعاملها عن بعضها البعض.

وقد تتطلب الحاح الموقف تطبيق اساليب اختيار على درجة قصوى من الموضوعية والكفاءة بغض النظر عن التقاليد والمشاعر والاهواء الاجتماعية وفي ظل هذه الازمة اثبتت الاساليب العلمية والتجريبية التي استخدمها الاخصائيون النفسيون الامريكان والانجليز انها اكثر نجاحاً من الاساليب الذاتية القائمة على المقابلة التي يستخدمها العلماء الالمان.

كما كان للارشاد والتوجيه المهني اثر بالغ في الكشف عن الميول والرغبات لـدى الجند بالاضافة إلى القدرات والامكانات التي يتمتع بها اولئك الملتحقين بصفوف الجنـد. وعملية الاختيار التي طبقت على الضباط والافراد العادين لم تتضـمن اختبـارات الـذكاء فحسب وانما اشتملت كذلك على محاولات لقيـاس عـدد كبـير مـن القـرارات والمهـارات الخاصة، اثبتت اهميتها الفائقة بالنسبة لاعمال خاصة في ظل الحرب. (فلوجل، ١٩٨٥).

وقد توالت التطورات التي شملت فروع علم النفس حتى اصبحت عـلى درجـة عالية من التخصصـية والدقـة وتشـعبت هـذه الفـروع لتشـمل النـواحي السـيكولوجية والفسيولوجية كما درست العمليات العقلية العليا التي يضطلع بها عقل الإنسان.

حيث ادت التأثيرات اللاحقـة في مـنهج التفكـير الـذي أصـاب اتجاهـات علـماء النفس في تغير نظرتهم إلى قضايا علم النفس إلى نشوء اتجاهات جديـدة كـان لهـا الاثـر البالغ في ترسيخ جذور علم النفس وتحقيق مقولة ولادة هذا العلم من جديد .

تاريخ علم النفس والصحة النفسية وتطورهما في بعض بلدان العالم:

كان لعلم النفس وقع في بعض بلدان العالم حيث لقـي مجـالا واسـعا واهتمامـاً من قبل بعض علماء هذه الدول انتجوا مجموعة من الافكـار والنظريـات التـي لا تـزال حتى يومنا هذا ذات اثر في مسيرة علم النفس وتطـوره في العـالم، ومهـدت الطريقـة إلى ظهور المدارس النفسية المختلفة التي لا تنحسر في دولة واحدة دون اخـرى لأن العلـماء الذين اوجدوها كان يربط بينهم اكثر من جسر خـلال الزيـارات واللقـاءات والمـؤتمرات الدولية لمواضيع علم النفس التي عقدت هنا وهناك.

علم النفس والصحة النفسية في ألمانيا:

يمكن ان نقول ان علماء النفس والصحة النفسية الالمان سبقوا غـيرهم في حقـل التجريب في علم النفس وقد مهدت لذلك الدراسات العلمية التي قام بها مجموعة مـن العلماء.

حيث اصبح يؤرخ علم النفس التجريبـي في المانيـا وفي العـالم كلـه عـام ١٨٧٩م وهو العام الذي اوجد به عالم النفس فونت اول مختبر مـنظم لعلـم الـنفس في جامعـة "لايبزك" وهو مختبر نفساني تجريبي مزود بأجهزة وادوات خاصة لاجراء تجارب على

الحواس مهتما بقياس الاحساس والاعتماد على تحليل مكونات الشعور وكذلك اجراء التجارب على كيفية التذكر والتعلم والتفكير وغيرها من الانفعالات. ومنذ ذلك الوقت اخذ علم النفس مكانه بجانب العلوم الطبيعية، التجريبية واصبح علما مستقلاً وكذلك علم الصحة النفسية بهذا المجال.

علم النفس والصحة النفسية في انكلترا:

لم تشهد انكلترا ما شهدته المانيا في موضوع المختبرات النفسية ولكنها اثرت على علم النفس والصحة النفسية بالعديد من الدراسات المهمة كدراسة كالتون عام ١٨٦٩م في ميدان الفروق الفردية وأشار إلى العديد من البحوث والدراسات كدراسة تاريخ الحالة.

علم النفس والصحة النفسية في فرنسا:

ركز علماء النفس والصحة النفسية الفرنسيون على البحوث النفسية في مجال علم نفس الشواذ وعلم الامراض العقلية، وكان من رواد ذلك اسكيرول وشاركوا برنهايم. وقد نشر بينيه وهنري عام ١٨٦٩ في المجلة النفسية السنوية مقالا هاما عن علم النفس الفردي وحدد فيها أهميته وهي قياس العمليات العقلية العليا كمعيار لمقياس الحياة النفسية للافراد ومعيار واضح في تمايز الافراد عن بعضهم البعض.

علم النفس والصحة النفسية في الولايات المتحدة:

اهتم علماء النفس والصحة النفسية الامريكيون بدراسة علم نفس الطفل حيث نشر مقالات ودراسات عدة في مجال علم نفس الطفل والمراهقين والراشدين. ووجدت اول مجلة تعنى بالمواضيع النفسية في امريكا عام ١٨٨٧م.

ويعد هول من ابرز العلماء الذين اثروا في النظرية السايكولوجية كما كان علماء اخرون اثروا في علم النفس والصحة النفسية في امريكا منهم وليم جيمس الذي اهتم بدراسة الاستثارة الانفعالية، والذاكرة وانتقال اثر التدريب وركز على العمل التجريبي.

علم النفس والصحة النفسية في روسيا (الاتحاد السوفيتي سابقاً):

قدم علماء النفس السوفيت الكثير في مجالات علم النفس والصحة النفسية المختلفة وطوروا العديد من النظريات النفسية وساهموا في ترسيخ المنهج العلمي والتجريبي لعلم

النفس وكان لهم ثلاثة مقاعد في لجنة الشرف لأول مؤتمر عالمي لعلم النفس الذي عقد عام ١٩١٢.

كما اسهم السوفيت في ترسيخ علم النفس التجريبي من خلال ما قام به يختريف في انشاء اول مختبر نفسي بعد ستة اعوام من انشاء اول مختبر علم نفس. تبعه انشاء اكبر مؤسسة لعلم النفس في روسيا وهي معهد علم النفس في جامعة موسكو.

وسوف نشير إلى هذه التأثيرات بشيء من الايجاز.

١- الدراسة التجريبية للصيرورات العليا:

جرت اول دراسة تجريبية حول الفكر في العقد الاول من القرن من قبل جماعة من علماء النفس والصحة النفسية العاملين في معهد علم النفس التابع لجامعة فرزوبورغ والتي كانت تركز على دراسة العمليات العقلية التي تجري في الذاكرة من تذكر ونسيان وحفظ الأشياء.

وقاد هذا الاتجاه نحو إجراء تجارب لقياس الذكاء وقياس حجم الجمجمة في سبيل اعتماد سلم من الاختبارات قريب من المسائل التي تطرح في الحياة المألوفة.

٢- ردود الفعل ضد الاستبطان:

وكان يعتمد هذا المنهج على دراسة الفرد من خلال اللجوء إلى إفادة الشخص نفسه عن تجاربه المباشرة التي تحدث معه في حالة الوعي عنده كمادة للدراسة. ولكن سرعان ما بدت نقاط الضعف في هذا المنهج نحو الواقع. وبحكم تعريفه بالذات انكار للطريقة الموضوعية.

٣- علم النفس الحيواني وعلم النفس الانساني:

كان هذا الاتجاه معاكساً للاتجاه الاول من دراسة الاستبطان واخذ الوعي الذاتي للانسان كمادة لدراسة سلوكه، حيث تشكل مادة دراسة هذا العلم مراقبة نشاط الكائنات الحية وعلاقاتها الحسية المحركة مع الوسط وما ينتج عن هذا التأثير من ردود افعال تصور عن الكائن وما يكتسبه الإنسان نتيجة الخبرة.

كما وحالت هذه الاتجاهات إلى دراسة سلوك الإنسان من خلال ربطه بسلوك الحيوان باعتباره كائناً يؤثر ويتأثر بالبيئة التي يحتك بها. (علي زيود، ١٩٨٠).

تطور منهاج التفكير في علم النفس والصحة النفسية:

بعد ان كان يقوم علم النفس على اساس فلسفي ويرتكز على تصورات ذاتية لا تستند على اساس علمي وتتدخل فيه الآراء الشخصية والتي كانت في بعضها لا تعدوا حكايات خرافية. اصبح وبعد تحوله إلى علم تجريبي علما قائماً على أساساً من المنهجية العلمية.

حيث جاء "مورغان ١٨٥٢-١٩٣٦" إذ تبنى قاعدة بشرت إلى حد ما بتحدي علماء نفس السلوك للتفسيرات النفسية؛ أي ذات المفردات التي تؤدي إلى الوعي. وتلك القاعدة تشير إلى انه لا يمكن تأويل مبدأ لعمل ما على انه من نتيجة ملكة نفسية عليا إذ كان من المستطاع ان يشرح ويفسر بملكة اقل ارتفاعاً.

حيث اصبح يلاحظ سلوكات الحيوانات في اوضاعها الطبيعية وعرف كيف يغير هذه الاوضاع ويعدل من البيئة التي تعيش فيها حتى يستطيع ان يبرهن ملاحظاته، وذلك ما شكل ظهور المنهج التجريبي.

كما حاول علماء ألمانيون ان يربطوا علم النفس والصحة النفسية إلى فيزيولوجيا الجهاز العصبي ففي مقالة نشرت عام ١٨٩٩ حاول استبدال بعض المفردات في علم النفس وجعلها مصطلحات ذات طابع علمي اكثر ترتكز على مسلمات قابله للنقاش والإخضاع للتجربة وبذلك يكون منهج علم النفس منهجاً علمياً قابلاً للملاحظة.

وفيما بعد أصبح لهذا العلم مختبرات خاصة في الجامعات والمعاهد وقد أخضعت كثير من الحيوانات للملاحظة والتجريب في هذه المختبرات كما واجريت بعض التعديلات في بيئتها، فانتقلوا من الفئران إلى القرد الشبيهة بالانسان، وتعميم هذه الملاحظات على الإنسان كما ويعد التجريب على عالم الحيوان حيث كان الاتجاه إلى دراسة المجموعات البشرية والمقارنة بينها يسمى بعلم النفس الفارق.(محمد شحاتة، ١٩٩٢).

تطور فروع علم النفس والصحة النفسية:

رغم الانتقادات العديدة التي تعرضت لها مسيرة علم الصحة النفسية وعلم النفس خلال القرون الماضية الا انه استطاع وخلال النصف الأول من القرن العشرين ان ينموا

نموا عظيماً واستطاع ان يولدا من جديد بالرغم ما اعترض طريقهما من صعوبات كثيرة الا أن العاملين فيهما استطاعوا رفدهما بمجموعة كبيرة من المؤلفات.

ومع نمو الناحية النظرية تحت الناحية التطبيقية في جميع الميادين التي يمكن استخدام علم النفس فيها وامتد علم النفس من علم معملي محدود إلى تطبيق في مجالات التوافق الانساني ونجاحه في مختلف الميادين ، حيث كانت مطالب استخدام مبادئ علم النفس والصحة النفسية وقواعده في ميادين الحياة المختلفة قوة ملحة إلى درجة أن بعض العلماء اصبحوا يصيغون منه قواعد تدخل كمجال في مختلف العلوم الأخرى.

فنحن الآن لا نستطيع فصل علم النفس عن مجالات الحياة الأخرى فنجده قد دخل في المجال التربوي واصبح تخصصاً مهماً يأخذ على عاتقه دراسة البيئة التربوية ومدى تأثيرها على اداء الطلاب في اداء دروسهم كما اسهمت بشكل فعال في مساعدة الطلاب على التكيف مع جو المدرسة.

وفي المجال الصناعي نجده وقد دخل وبقوة ليعمل على فرز الكفاءة وتوزيع العمال على مختلف فروع العمل والذي يتناسب مع قدرات وإمكانيات الفرد وإعادة تأهيل الأشخاص ليجدوا طريقهم في مجال العمل والتقدم الصناعي، وغيرها من المجالات الكثيرة التي كان لعلم النفس أثره فيها والتي سوف نتعرض بشيء من الإيجاز لتاريخ هذه الفروع.

تعريفات في الصحة النفسية:

ظهرت مفاهيم متعددة وتعريفات متنوعة في ميدان الصحة النفسية، خاصة ان علم الصحة النفسية يتعامل مع السلوك والسمات المميزة لحالات السواء وعدم السواء والعوامل التي يتمتع بمظاهر الصحة النفسية أو الشعور بانحرافها أو اعتلالها وما يتبع ذلك من اساليب التوافق والتكيف سواء كانت سلبا أو ايجاباً.

واول من استهل مصطلح الصحة النفسية العالم أدولف ماير، وقد استخدم هذا المصطلح ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي نحو السوية وعلى الوقاية من الاضطرابات النفسية؛ فالصحة النفسية تعنى تكيف الشخص مع العالم الخارجي المحيط به بطريقة تكفل له الشعور بالرضا كما تجعل الفرد قادراً على مواجهة المشكلات المختلفة.

وأشار البعض إلى ان تعريفات الصحة النفسية تعمل على تحديد مجالاتها وأهدافها ووسائلها وما يرتبط بها من عمليات داخلية وخارجية فقالوا ان الصحة النفسية هي السواء.

وأشار تعريف منظمة الصحة العالمية إلى "أن الصحة النفسية هي حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست الخلو من المرض".

وجاء في تعريف الجمعية الوطنية الامريكية للصحة النفسية إلى ان تعريف الصحة النفسية يشير إلى مجموعة من مظاهر السلوك التي يتحلى بها المتمتع بالصحة النفسية وتشمل الشعور بالرضا عن النفس، القدرة على تقدير الآخرين، واخيراً القدرة على مقابلة متطلبات الحياة.

وذكر مصطفى فهمي ١٩٦٧ إلى ان علم الصحة النفسية في النهاية هو علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعور بالسعادة والراحة النفسية.

وهناك تعريف (برنارد هارولد) للصحة النفسية. يقول المؤلف أنه: "يمكن تعريف الصحة النفسية على انها نواقص الافراد مع انفسهم ومع العالم بشكل عام بالحد الاقصى من الفعالية، والرضا والبهجة، والسلوك الاجتماعي المقبول، والقدرة على مواجهة الحياة وتقبلها، ويمكن وصف اعلى مستوى للصحة النفسية بناء على المعطيات السابقة بأنه الحالة التي يحقق فيها الفرد مستوى عال من النجاح بتوافق واستعداداته الطبيعية، ويشعر فيها بأقصى حد من الرضا عن نفسه وعن النظام الاجتماعي، مع الشعور بالحد الادنى من الخلافات والتوتر، ويعين وذلك حالة من السعادة لا يشعر فيها الفرد بالقلق، ولا يظهر فيها سلوك غير مناسب ويحافظ فيها على مستواه الذهني والانفعالي في أي بيئة وفي مختلف الظروف.(القذافي،١٩٩٤).

ويزيد بنيدتي (Benedetti, 1976) من توضيح موقف مصطلح الصحة النفسية اذ يذهب إلى ان الصحة النفسية تتضمن من وجهة النظر الطبية العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية. اما من وجهة نظر المجتمع العام، فإن الصحة النفسية تعنى الوقاية من هذه الاضطرابات. (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٩).

وهذا وقد جاء ان الصحة النفسية هي تلك الحالة التي تتم بالثبات النسبي والذي يكون فيه الفرد متمتعاً بالتكيف مع النفس والبيئة، ومتسما بالاتزان الانفعالي، وان يشعر بالسعادة والرضا ولديه القدرة لتحقيق ذاته وسموها، ويصنع لنفسه مستوى من الطموح يتفق مع امكاناته وقدراته واستعداداته لكي يتمكن للوصول إلى هذا المستوى من الطموح، ولديه القدرة ايضا في معرفة امكاناته واستثمارها في امثل صور ممكنة، ومثل هذا الشخص يطلق عليه الشخص السوي. (محمد شحاتة، ١٩٩٢).

ويشير المؤلف في كتابه الشخصية والصحة النفسية إلى انه ما يزال مفهوم الصحة النفسية غامضا ويثير الكثير من الجدل، وذلك لأن هذا المفهوم يستند لمسلمة فلسفية قوامها الفصل أو بعبارة ادق الاختلاف أو المغايرة بين الجسد والعقل أو بين الجسد والنفس وكذلك أكد كثير من الفلاسفة ومنهم (ابن سينا) من خلال مؤلفه الشامل المعروف باسم (الشفاء) الملخص في كتاب عرف باسم النجاة على هذا المفهوم والمسلمة الأساسية.

كما ان هذه المسلمة شائعة في الكثير من كتابات المنظرين من الثقافة الغربية والعربية على السواء وهي واحدة من الثنائيات الفكرية الشائعة كالنظر إلى الفرد مقابل المجتمع والفكر مقابل العمل والعلم مقابل الادب والفن والموضوعية مقابل الذاتية، والقيمة مقابل الحقيقة. حيث يرى كثير من العلماء في هذا المجال إلى انه من الطبيعي في مثل هذا التقدم الذي وصلت اليه الحضارة الانسانية المعاصرة ان يرافقها زيادة في المشكلات المحيطة بالانسان والاضطرابات التي تصيبه.

والصحة النفسية علم يستطيع ان يقدم الكثير نحو تحقيق شخصيات ايجابية متكيفة مع نفسها ومع مجتمعها قادر على تجنب كل ما يعصف بحياتهم ويسبب لهم الاضطراب والقلق. كما أنها تُعنى بمساعدة الافراد على تأدية أدوارهم في الحياة في أحسن صورة مما يجعلهم في حالة من الرضا والسعادة والثقة بالنفس.

وظهرت للصحة النفسية مجموعة كبيرة من التعاريف وكان كل تعريف يركز على جانب معين من جوانب التكيف والصحة النفسية، حيث دلت بعض التعاريف إلى السلوك السوي الذي يسلكه الفرد أو قدرة الفرد على التوافق والتكيف مع متطلبات الحياة أو التعلم أو التوفيق بين مطالب الفرد النفسية المختلة، والقدرة على مواجهة الازمات

النفسية، حيث اذا نظرنا إلى هذه الجوانب التي تطرقت لها هـذه التعـاريف نجـد انهـا ليست تعاريف شاملة ولكنها تعريف لبعض الجوانـب السـلوكية التـي قـد تصـدر عـن افراد يتمتعون بقدر مناسب من الصحة النفسية.

ولكن يوجد هناك تعاريف اكثر شيوعا من غيرها في مجال الأدب النفسي. ومـن هذه التعاريف التعريف الذي نادى به العاملون في ميادين الطـب العقـلي والنفسي. اذ يرى هؤلاء بأن الصحة النفسية هي "خلو الفرد من اعراض المرض العقلي أو النفسي".

واذا نظرنا إلى هذا التعريف لوجدنا انه تعريف محدود لأنه تعريف سلبي فهو يقصر معنى الصحة النفسية على صلب اعـراض المـرض العقـلي أو النفسي. عنـد الفـرد، وهذا جانب واحد من جوانب الصحة النفسية. كما أن هناك اشخاصاً يتمتعون بخلوهم من اعراض المـرض العقـلي أو النفسي. لكـنهم غـير نـاجحين في حيـاتهم ونـرى علاقـاتهم الاجتماعية مضطربة غير متكيفة مع الآخرين.

اما التعريف الذي جئنا به للصحة النفسية ونـادت بـه المنظمـة العالميـة فكـان تعريفاً اكثر شمولا من التعريف السابق حيث شمل هـذا التعريـف السـابق وزاد عليـه جوانب اخرى حيث عُرفت الصحة النفسية تحت هذا المنظور على انهـا "ليسـت مجـرد خلو الفرد من المرض العقلي أو النفسي فقـط. وانمـا هـو حالـة مـن الاكـتمال الجسـمي والنفسي والاجتماعي لدى الفرد".

حيث اضاف هذا التعريف الجوانب النفسـية والجسـمية والاجتماعيـة، ويؤكـد هذا التعريف على وجود ارتباط وثيق بين كل من الجسـم والـنفس والناحيةالاجتماعيـة في الفرد. (محمد الهابط، ١٩٩٨).

وهنـاك تعـاريف تناولـت جوانـب متعـددة مـن الشخصـية ومـدى التوافـق الاجتماعي والقدرة على القيام بالوظائف النفسية حيـث نظـر هـذا الاتجـاه إلى الصـحة النفسية على انهـا "حالـة ايجابيـة توجـد عنـد الفـرد وتكـون في مسـتوى قيـام وظائفـه النفسية بمهماتها كما يبدو ذلك في عدد من المظاهر، وإن كانت الوظائف النفسية تقوم بمهماتها على شكل حسـن ومتناسـق ومتكامـل ضـمن وحـدة الشخصـية كانـت الصـحة النفسية سليمة وحسـنة وان لم يكـن الامـر كـذلك كـان مـن الـلازم البحـث عـن اوجـه الاضطراب فيها". (نعيم الرفاعي، ١٩٨٧).

كـما اوردت كثـيراً مــن المؤلفــات التــي تناولــت الصــحة النفســية الجانــب "اللاشعوري" منها ومن هذه التعاريف الذي تناول هذا الجانب عرضها عـلى انهـا "تلـك العملية المتفاعلة والمستمرة وديناميكيـة يمارسـها الفـرد الانسـاني شـعوريا أو لا شـعوريا والتي تهدف إلى تغير السلوك ليصبح اكثر توافقا مع بيئته ومع متطلبات دوافعه وبذلك يصبح الفرد راضيا عن نفسه مشبعا لدوافعه وسعيداً في بيئته محققاً خير العلاقات مـع أفراد جماعته وقيمها. (عبدالحميد الهاشمي، ١٩٨٦).

ونلاحظ من هذا التعريف ان هناك تكيفاً شخصياً ذاتياً وتكيفـاً اجتماعيـاً وكـل ذلك قائم على ايجاد علاقة ايجابية بين الفرد وذاته وبين الفرد والمجتمع من جهة اخرى.

وفي الجهة الاخرى جاء تعريف يحمل بصورة واضحة معيار الحكم على الصـحة النفسية وهو معيار الثبات النسبي في الحالة النسبية، حيث تم تعريفها على انهـا "تلـك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والذي يكون فيه الفرد متمتعاً بـالتكيف مـع نفسه وبيئته ومتسماً بالاتزان الانفعـالي وان يشـعر بالسـعادة والرضـا ولديـه القـدرة في تحقيق ذاته ويضع لنفسه مستوى من الطموح يتفق مع امكاناته وقدراته واستعداداته وكما ولديه القدرة على معرفة امكاناته واستثمارها في امثل صورة ممكنة". (فوزي جبل، ١٩٩٠).

ومن خلال تحليل هذا التعريف يمكن ان نلاحـظ الشـمولية في تناولـه مجـالات الصحة النفسية والنظرة الايجابية للفرد بصـورة يكـون قـادراً معهـا عـلى التـأثر والتـأثير وتحسين امكانياته في ظل الظروف المتاحة.

وبعد ذلك كان هناك تعاريف تـربط بـين الصـحة الجسـمية والصـحة النفسـية باعتبارها عنصراً فعالاً في وصول الفرد إلى اقصى حالات التكيـف النفسي- حيـث التوافـق التام بين الوظائف الجسمية ان يقوم كل عضو في الجسم بوظيفته بصـورة ايجابيـة دون زيادة أو نقص.

ومن خلال هذه التعاريف التي تـم عرضـها مـن خـلال اكـثر مـن مصـدر يجـد المؤلف أن أكثر ما يميز عملية التكيف مجموعة من الخصائص هي:

١- قدرة الإنسان على ان يعرف نفسه بصورة دقيقة يقف بها الإنسان على مواطن الضعف أو القوة والعمل على تجاوز مواطن الضعف واستغلال وتفعيل مواطن القوة.

٢- مدى تقبل الإنسان نفسه بما يحمله من جوانب ايجابية أو سلبية كمعيار هام في الوصول إلى الصحة النفسية.

٣- درجة الاشباع للحاجات والدوافع التي يحملها الشخص بصورة ايجابية دون كبت ومجال يتصف بالتقبل.

٤- القدرة على المرونة والتجاوب مع الظروف الطارئة وقدرته على استيعاب هذه التغيرات والتعامل معها.

٥- خلوه من الصراعات النفسية والاحباط وتجاوز اثرهما في تخفيف جوانب سلبية على بنية الشخصية.

٦- القدرة على الاستمرار في عمليات التكيف باعتبارها عملية ديناميكية مستمرة يمارسها الفرد بصورة شعورية أو لا شعورية.

٧- مدى التوافق بين العمليات العملية والنفسية من جهة والعمليات الجسمية من جهة اخرى باعتبارها خطوة فاعلة في الوصول إلى اقصى درجات التكيف.

٨- التكامل بين الجوانب النفسية والعقلية والجسمية والاجتماعية بصورة شاملة باعتبار العملية التكيفية عملية اجتماعية تطلب توافق في هذا الجانب.

وبهذه الصورة من التحليل البسيط لهذه التعاريف التي تناولت الصحة النفسية من عدة جوانب اظهرت اهم هذه الجوانب باعتبارها عملية اجتماعية تتطلب مجموعة مهارات اجتماعية وقدرة على التعامل مع الناس وتتطلب مجموعة من القدرات العقلية التي يتوجب توظيفها في ايجاد اساليب هامة في التكيف وقدرة اجتماعية وجسمية.

علاقة الإرشاد النفسي بالصحة النفسية:

بعدما أصبح الفرد أساس للحياة ومعناها وتعالت الصيحات التي تنادي بحقوقه وواجب المجتمع في رعايته وتقديم كل ما من شأنه ان يسهل عليه هذه الحياة ويحد من أثر هذا التقدم على الإنسان وحياته.

وفي هذا المجال جاء علم الصحة النفسية بدراسة الإنسان والبيئة التي يعيش فيها ويحدد بشروط الوقاية والسلامة من الاضطرابات. وتعمل على تحاشي الاصابة بالمشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب وغيرها من وجهة نظرية كل هذه المعلومات وغيرها تناولتها الصحة النفسية للانسان ومحدداتها وشروطها بصورة نظرية.

فجاء التوجيه والارشاد النفسي فأخذ هذه المعلومات التي اسفرت عنها دراسات الصحة النفسية وعمل توظيفها بصورة عملية وعمل على اشتقاق اجراءات علاجية عمل على توضيحها لخدمة الإنسان وتحصينه بعوامل الوقاية والمقاومة وتحسين مستوى التفاعل الحالي عن طريق الاستفادة من التصورات والاستعدادات الحاضرة والتدريب وتقليل اسباب الاضطرابات.

وبهذه الصورة اصبح الارشاد النفسي يمثل الجانب العملي من الصحة النفسية فهي من جانبها تعمل على توفير المعلومات النظرية عن الإنسان وبيئته وعلم الارشاد يعمل على توظيف هذه المعلومات بصورة اكثر فائدة وخدمة للإنسان.

يعد التقدم العلمي الذي شهده العالم اصبحت العناية بصحة الافراد النفسية في السنوات الأخيرة وبناء نفسيتهم بناء سليما موضع اهتمام المشتغلين بعلم النفس والعاملين في مجال التربية وخاصة بعدما اثبتت الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين صحة الافراد النفسية وصحتهم الجسمية وخاصة بعد ان اصبح الفرد يعاني ما تفرضه الحياة المعاصرة من تعقيد على الافراد في سبل الحياة المختلفة الاجتماعية والاقتصادية.

يعتبر علم الصحة النفسية من العلوم التي برزت أهميتها في عصرنا الحاضر واكتسبت صبغة خاصة في العصر الحديث بسبب اهتمامهم بأخطر قضايا الإنسان المتمثلة في تأثير عمليات التوافق وشدة ما تأثر بها وما تفرضه عوامل الحضارة من تحديات يومية تؤثر على نظره الفرد إلى نفسه وعلى كيفية تعامله مع مختلف الظروف ومتطلبات البيئة، الا انها تعتبر في الوقت نفسه جزءاً لا ينفصل من محاولات الانسان قديما وحديثا لوضع مفاهيم تحدد علاقة السلوك البشري بالعوامل البيئية وبالعوامل الداخلية ذات العلاقة بمكوناته الفطرية.

ومنذ بدأت الخليقة بدأ الاهتمام بالصحة النفسية ولا سيما ما يتصوره كل فرد منذ أيام آدم وحواء بظهور مشاعر القلق والشعور بالذنب وذلك نتيجة عدم طاعتهما لله سبحانه وتعالى واقدامهما على الاكل من الشجرة التي حرمها الله عليهما وانقلب حالها من صحة نفسية وجسدية جيدة والتي ذكرت في سورة التين ""لقد خلقنا الإنسان في احسن تقويم""[1]. إلى وهن وضعف في الصحة النفسية من ما عاناه من الذنب والقلق والتوتر.

الصحة النفسية عند البدائيين:

لقد عرّف الإنسان البدائي القلق والألم النفسي وان لم يكن في وقتها قادرا على التمييز بين حالاته المختلفة سواء ما تعلق بالناحية الجسمية والنفسية وبين الشعور والتفكير، ولقد اظهرت الدراسات الانثروبيولوجية ودراسات بعض القبائل البدائية ان المرض العقلي قد اتخذ صورا مختلفة في تاريخ وتطور الإنسان البدائي وذلك لنوع الضغوط والمعاناة التي عاشها جراء صراعه من اجل البقاء، واتجهت تفسيرات الإنسان في هذه الفترة نحو الوجهة الشيطانية أو وجهة الجن والارواح الشريرة، أي الاعتقاد بوجود اسباب من خارج الجسم هي المسؤولة عن ظواهر المرض.

والمتتبع للحضارات القديمة يجد ان اهتمام الفراعنة المصريين والصينيين القدماء بعلاج الاضطرابات العقلية ومحاولتهم اعادة الصحة النفسية للمعتلين، وأصبح المصريون القدامى اول من وصف المخ ودوره في العمليات العقلية فقد وجد في معهد امنحتب- وهو اله الشفاء- مستشفى والتي تقدم الصور الاولية للعلاج الترويحي والعلاج المهني.(Kremer, 1980).

الصحة النفسية لدى اليونان والرومان:

نسب المرض في اليونان قبل ظهور ابوقراط إلى قوة الالهة وتأثيرها وان هرقل اصيب بالجنون بسبب الهة الليل والجنون ولكن بعد ظهور ابقراط (٤٢٧-٣٤٧ق.م) حدث تغير ملحوظ وكان يؤمن ابوقراط بالملاحظة الحادة المنهجية وكان هو من اول من قام بتسجيل الوصف الانطباعي الأول للمينوكوكيا وقام بوصف نوع الجنون الذي يصيب النساء بعد الولادة.

(١) سورة التين، آية ٤.

وقد قام ابقراط بتقسيم اعراض الاضطرابات العقلية إلى ثلاث فئات، المانيا والملانجوليا وحمى المخ واعتقد بوجود اربعة انماط من الامزجة التي ترتبط بدورها بأربعة سوائل في الجسم وتؤثر العلاقة على وظائف الاعضاء وعلى الصحة النفسية والعقلية مما يسبب اختلال التوازن الكيميائي في الجسم وقد عمل ابقراط على تفسير الشخصية من خلال تلك الانماط.

وكان العصر الروماني امتدادا طبيعيا للعصر الاغريقي وقد برز الطبيب (جالينوس) الذي أيد وجهة نظر ابقراط في ضرورة الرجوع إلى الاسباب الطبيعية للمرض أو الاضطراب والعمل على التفسيرات الدينية أو ربط الامراض بالسحر.

ويلاحظ ان بعض الاطباء في العصر الروماني قد حاولوا استخدام وسائل العلاج التي كانت تقوم على فكرة المواد المتضادة فكانوا يقدمون للمريض شراب النبيذ البارد اثناء جلوسه في حمام ساخن لاعتقادهم بأن جسم الإنسان مكون من ذرات وجزئيات تفصل فيها فراغات، وان اختلال وضع الذرات للانسان بالنسبة لحجم الفراغات يؤدي إلى حدوث الاضطرابات المرضية لدى الإنسان.

وجاء افلاطون بفكرته التي تقوم على عملية التفرقة بين الذاتي والموضوعي، فإن الذاتي هو ما يخبره، بينما الموضوعي ما يوجد حقيقة في الواقع خارجنا.

وكان لأرسطو وجهة النظر التي ترى ان كل العالم المادي جدير بدراسة الإنسان عن طريق الحواس وهذه الحواس وجدت لأن الورع والعقل يحتاج اليها ويستخدمها، وذهب إلى ان الاستجابات النفسية ترتبط بعضها ببعض في تتابع من الاحداث المترابطة وبذلك فلا يكون هناك مجال لتصنيف الاستجابات إلى استجابات صعبة واخرى مرضية، بل قد تبدو الاستجابة المرضية مختلفة متغيرة اذا هي صدرت عن شخصية سليمة كما قد تكون هذه الاستجابة بمثابة المرحلة الهامة الاولى من التفكير المنتج.

الصحة النفسية في التراث العربي الاسلامي:

كان لعلماء العرب والمسلمين جهودا واضحة في مجال الصحة النفسية وقد لا تقل عن جهود علماء الغرب في هذا المجال ولكن يبدو ان علماء الغرب اكثر نجاحاً في

تسجيل اعمالهم واكثر نشاطا ايضا في الاعلان والترويج عنها بمقارنة بلاد العرب والمسلمين.   (محمد شحاتة، ١٩٩٢)

وفي العصور الوسطى ازدهر علم الصحة النفسية في البلاد الاسلامية عكس ما كان الوضع في اوروبا، حيث كانت العصور الوسطى مظلمة بالنسبة لهذا العلم ويقول برنيو (١٩٧٢). في ذلك "لأكثر من الف عام، فقدت كتابات ارسطو بالنسبة للعملاء الاوروبيين، بينما انقذت هذه الاعمال بواسطة العرب". هذا وقد استمرت النظرة العلمية في جهود علماء المسلمين في مجالات التنمية والوقاية من العلاج بينما كانت اوروبا تسودها الشعوذات والخرافات والاعتقاد في ان الامراض العقلية هي من مس الشيطان. (غريب عبدالفتاح، ١٩٩٢).

واهتم المسلمون بموضوعات الصحة النفسية وعالجوها من خلال دراساتهم لحسن الخلق وعلاقة الإنسان بربه وبنفسه وبالناس, واهتم فقهاء المسلمين بالتربية الاسلامية في البيت والمدرسة والمسجد وجعلوا هدفها تنمية دوافع الهدى والسيطرة على دوافع الهوى وتحقيق التوازن بين مطالب الجسد والروح ليعيش الإنسان في قرب من ربه وسلام مع نفسه ووئام مع الناس فيسعد في الدنيا والآخرة. (كمال موسى، ١٩٨٨).

كذلك تناول القرآن الكريم قصة الإنسان وما قد ينتج مشكلة في عمليات التوافق من اضطرابات ومشاكل تؤثر بشكل واضح وظاهر على صحته النفسية. ونجد مثالا على ذلك في سورة المائدة حين خالف قابيل أعراف المجتمع وعاداته وتقاليده وتمرد على القيم المتعارف عليها وبذر بذور الشقاق والخلاف بينه وبين أخيه هابيل وأصر على التشبث برأيه بعد ان احتكما إلى الله.

ونظراً لعدم قدرة قابيل على مقابلة المتطلبات الاجتماعية فقد أطلق نزعاته العدوانية ومشاعره الانانية وحب الذات وتركها جميعا تسوقه إلى قتل اخيه، وكانت اول جريمة قتل في تاريخ البشرية "واتل عليهم نبأ ابني آدم بالحق إذ قربا قربانا فتقبل من احدهما ولم يتقبل من الآخر قال لأقتلنك قال انما يتقبل الله من المتقين، لئن بسطت إليّ يدك لتقتلني ما انا بباسط يدي اليك لاقتلك اني اخاف الله رب العالمين، إني أريد أن تبوء

بإثمي وإثمك فتكون من اصحاب النار وذلك جزاء الظالمين، فطوعت له نفسه قتل اخيه فقتله فأصبح من الخاسرين" (المائدة ٢٧-٣٠).

وذكر بعض المؤلفين أن الاطباء العرب في صدر الاسلام قد برعوا في تشخيص الامراض العقلية، ويروى في ذلك انه "قدم رجل من ازد يقال له ضماد مكة معتمراً فسمع كفار قريش يقولون محمد مجنون، فقال لو اتيت هذا الرجل فداويته فجاء فقال: "يا محمد اني اداوي من الريح، فإن شئت داويتك لعل الله ينفعك" فتنهد رسول الله صلى الله عليه وسلم وحمد الله وتكلم بكلمات فأعجب ذلك ضماداً فقال (اعدها عليّ)، فأعادها عليه فقال: (اعدها عليَّ)، فأعادها عليه فقال: لم أسمع مثل هذا الكلام قط، لقد بلغ قاموس البحر..." فاسلم وشهد شهادة الحق وبايعه على نفسه وعلى قومه.

وهكذا نرى ان طريقة التشخيص التي اتبعها العرب لم تختلف كثيرا عما هو مستخدم الآن. حيث يعتمد الطبيب على تسلسل الافكار ومدى ترابطها ومحتوى العبارات، ولهذا استطاع ضماد ان يكتشف سلامة القوى العقلية للرسول الاعظم، وأن ما به لم يكن من قبيل المرض أو الاضطراب وانما كان من قبيل صدق الشخصية ومضاء العزيمة وصفاء النية وهذا ما دعا الطبيب لطرح فكرة المرض العقلي جانبا وتلبية داعي السماء والدخول في الاسلام.

ويشير بعض الباحثين إلى ان: ابن سينا استدعى لفحص مريض وبعد الكشف عليه اتضح خلوه من اعراض المرض العضوي وبأنه كان يعاني من حالة اضطراب نفسي، وقد عمد الطبيب إلى استدعاء شخص عالم بأحياء المنطقة التي يقطنها المريض وشوارعها فجعله يسمي الاحياء واحداً بعد الآخر، والطبيب يضع يده على رسغ المريض لتتبع معدل النبض، وعندما تم ذكر حي معين اسرع بفحص المريض. عند ذلك طلب الطبيب تسمية شوارع ذلك الحي حتى وصلوا إلى اسلم شارع اقترن بسرعة نبض المريض مرة اخرى. وهكذا عاد الرجل إلى ذكر اسماء البيوت بذلك الشارع حتى وصلوا إلى ذكر بيت معين، ثم تسمية ساكني ذلك البيت حتى وصلوا إلى ذكر فتاة معينة فعرف الطبيب ان المريض يحبها وان علاجه يكمن في الزواج منها.

لقد ساعدت هذه النظرة إلى الاضطرابات النفسية في اهتمام علماء المسلمين بتشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها ورعايتها وانشئت اول مستشفى للطب النفسي في بغداد عام ٧٩٢م وتبعتها مستشفيات اخرى في دمشق والقاهرة والاندلس، واوقف المسلمون الخيرات للانفاق على هذه المستشفيات وعلاج نزلائها ومعاملتهم معاملة انسانية كريمة.

وقد وصف ابن سينا حالات هستيريا وصرع وهوس واكتئاب وكانت له طريقته في العلاج في كتابه القانون في الطب.

وقد عالج ابو بكر الرازي كثيرا من حالات الهستيريا والامراض الجسمية علاجا نفسيا بعد ان فشل في علاجها طبيا واعتبرها امراضاً جسمية نفسية المنشأ. كما وصف اسحاق بن عمران حالات الميلانكوليا نوع من الاكتئاب وصفاً علمياً وصنفها إلى حالات اكتئاب بسيطة وشديدة وأوضح عواملها النفسية والجسمية وعالجها نفسيا وبيئيا وطبيا. والف على بن حزم اول كتاب عن القلق في القرن الحادي عشر الميلادي. وضمّن ابن مسكويه كتابه (تهذيب الاخلاق وتطهير الاعراق) فصلاً عن صحة النفس.

كما اعطى فقهاء المسلمين اهتماما كبيرا لعمليات الارشاد والتوجيه في مجالات الحياة والاسرة والمدرسة والسوق والمسجد.

هذا وقد اشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى ان اول مستشفى للعناية بالمضطربين عقليا انشئ في العالم الاسلامي كان ببغداد سنة ٧٠٥هـ اما اوروبا فلم تعرف مستشفيات الامراض العقلية الا في العصور الوسطى وقد لاحظنا وما زلنا نلاحظ ان مفهوم الاضطراب النفسي والعقلي ما زال غامضا في اذهان كثير من الناس خاصة وان وسائل الاعلام المتداولة. وبخاصة فيما تقدمه للجماهير من افلام مصورة وتمثيليات ومسرحيات، ما زالت تؤكد على سبيل المثال على فكرة الصدمات الكهربائية كوسيلة وحيدة للعلاج من اجل الفكاهة واضحاك الجماهير لدرجة ادت إلى تعميق الاثر السيّئ في النفوس والتصديق بما يتم عرضه امام اعينهم مما اثار المخاوف في اذهان الناس من المستشفيات العقلية ووسائل علاجها. كما عملت على تصوير مستشفيات الامراض العقلية على انها اماكن لا رجعة منها لعدم احتمال الشفاء من تلك الاضطرابات.

وقد كان الرازي يرى بأن:

"العلل قد تكون من اسقام نفسية مثل الحزن والغضب والعشق... وان جميع ما يعرض للانسان على وجهين، اما عارض للجسد، واما عارض للنفس فعلاج ما يعرض للنفس ادخال السرور والأمن عليها، ونعني الهم والخوف عنها بالأحاديث السارة الموافقة للمريض"[1].

اما ابن عمران فقد تناول موضوعاً على جانب كبير من الاهمية في مجال الصحة النفسية، وهو علاقة الاضطرابات النفسية بالصدمات التي تصيب الإنسان في حياته اليومية ويشير في هذا المجال إلى ما يلي:

"الحالات النفسية التي تصيب الرجال والنساء وبخاصة عند حدوث صدمات نفسية شديدة ومتوالية، وإصابة النساء بأعراض الذهول والاختلاط الفكري بسبب الحمل أو الرضاعة الطائلة".

ومما يجب ذكره ان الطب الحديث قد اكد وجهه نظر ابن عمران واشار إلى بعض حالات الاكتئاب التي تصيب النساء اثناء الحمل وبعده لأسباب عضوية، مما يؤكد سبق العرب للعالم في افكارهم الطبية العلمية في مجال الصحة النفسية.

وهكذا يتضح ان العرب والمسلمين لم يتخلفوا عن المساهمة في علم الصحة النفسية فألفوا في ذلك الكتب ووصفوا برامج للتنمية و الوقاية قبل نشأة علم الصحة النفسية في القرن العشرين. ثم أخذ هذا العلم يتطور بصورة مطرده في السنوات الخمسين الاخيرة حتى وصل إلى صورته الراهنة.

ومما يجب ذكره ان الاطباء العرب المسلمين اهتدوا إلى العلاقة الارتباطية بين النفس والبدن التي تبدو عادة في شكل مظاهر نفس جسمية، كما اهتم الطبيب الفارابي بمفهوم الذات وكيفية تكوينه وما يؤثر عليه من عوامل والوسائل الذاتية للتعامل مع القلق والاسباب المؤدية اليه.

---

(١) احسان صدقي العمد، الطب النفسي عند العرب والمسلمين، مجلة العربي، العدد ١٩٨.

معايير الصحة النفسية:

في هذا الموضوع سنتناول بعض المعايير CRITERIA أو المحكات NORMS التي تساعدنا على الفصل بين السلوك السوي والسلوك غير السوي، ويمكن استخدام هذه المعايير كمؤشرات تساعدنا على تقويم كل فرد بعناية فائقة.

اولاً: المعيار الشخصي (الذاتي):

ويعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (سوي/ غير سوي).

ويقوم هذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضياً عن حياته إلى حد ما ولا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرفه اتوماتيكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار.

ومن ناحية فإن الأفراد الذين يعانون احباطا أو خوفا فإن مشاعرهم وأفكارهم أو افعالهم تعتبر شاذة أو تحتاج إلى معاملة خاصة لأن هناك اضطراباً في شخصيتهم. (محمد شحاتة، ١٩٩٢).

وهناك مثال لجماعة الاطباء النفسيين الامريكان (١٩٨٠) يفرق لنا بين السلوك السوي وغير السوي، فقد صنفت الجماعة الشذوذ الجنسي على انه تحت بند الاضطرابات الجنسية والفكرية والعاطفية ثم ناقضت هذه الجماعة نفسها، حينما اعتبرت ان الافراد السعداء بشذوذهم الجنسي افراد اسوياء، وهناك امثلة اخرى مثل القتل أو سلوك الاغتصاب فقد يعتبره المجتمع سلوكا شاذا منحرفاً على الرغم من ان السلوك لا يكون كذلك من وجهة نظر صاحبه، وعلى ذلك فإن المعيار الذاتي لا يعتد به حيث انه معيار مناسب في حد ذاته.

ثانياً: المعيار الاحصائي:

لو قمنا بتطبيق اختبار نفسي يقيس سمة معينة أو مجموعة سمات للشخصية على عينة ممثلة لأفراد أي مجتمع تمثلا جيدا فإن هذه السمة أو السمات سوف تخضع في توزيعها للمنحنى الاعتدالي (المنحنى الجرسي). ولتكن سمة الذكاء هي الخاضعة للتوزيع، بحيث نجد ان الافراد الاسوياء أو العاديين يمثلون الاغلبية ويتركزون في منتصف المنحنى حول المتوسط، بينما الافراد غير العاديين أو الشواذ سوف يقعون على طرفي

المنحنى وهما يمثلان القلة، فالاذكياء ينحرفون عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين موجبين بالزيادة أو النقصان، بينما ضعاف العقول يقعون على الطرف الآخر للمنحنى بمقدار معيارين سالب بالزيادة أو النقصان. (محمد شحاتة، ١٩٩٢).

وقد وجهت له عدة انتقادات أهمها:

ليس كل انحراف لسمة من السمات عن المتوسط يعتبر سلوكاً شاذاً أو غير سوي والا لو اعتبرنا ان الشخص الذي يحصل في اختبار الذكاء على نسبة ١٣٠ شخصاً متخلفاً أو شاذاً في حين انه يعتبر شخصاً موهوباً.

كذلك ليس معنى ان توزيع سمة أو صفة أو عادة معينة وانتشارها يدل على انها تندرج تحت السلوكيات السوية فظاهرة الرشوة أو النفاق تعتبر من الظواهر غير السليمة.

ايضا المعيار الاحصائي غير ثابت بالنسبة للمعايير الثقافية السائدة في مجتمع ما فكل ثقافة تقوم على معايير معينة تحكم سلوك الافراد داخل المجتمع، فالمعايير الثقافية تتباين من مجتمع لآخر، ولذلك يصعب الاعتماد على هذا المعيار في تحديد السلوك السوي وغير السوي.

ثالثاً: المعيار الاجتماعي:

ويتبنى هذا المعيار وجهة النظر القائلة ان لكل مجتمع ثقافة معينة وتحكمه معايير سلوكية اجتماعية تحكم تفاعلات الافراد، كما ان لكل ثقافة مجتمع محرماتها، وعلى الفرد ان يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي فإذا خرج عنها اعتبر شخصا شاذا غير سوي.

كما أن التزام الفرد الشديد بالمعايير السائدة في المجتمع قد تجعله غير قادر على تقبل التغيرات الحادثة في مجتمعه.

وقد توجه لهذا المعيار عدة انتقادات كان منها:

- بأن المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع قد تنتهي احيانا إلى ثقافة اجنبية غربية شاذة، ولكن يجب على افراد المجتمع الالتزام بها، وذلك لأن معظم اعضاء المجتمع الراشدين يأخذونها كطريق لهم في هذه الحياة، وهذا ما يحدث غالبا في المجتمعات

الصناعية الحديثة المعقدة حيث يعيش على ارضها جماعات عديدة لها معايير ثقافية تختلف عن معايير الاغلبية الموجودة في المجتمع.

- ليست المعايير الثقافية علنية وغير متغيرة والالتزام بها عملية تحتاج إلى نوع من تفكير الفرد ودراسته لها، حيث ان الكثير من المعايير الثقافية تدور حول الظواهر السيئة في المجتمع كالنفاق والعادات السيئة. كما أن التزام الفرد الشديد بالمعايير السائدة في المجتمع قد يجعل الفرد غير قادر على تقبل التغيرات الحادثة في مجتمعه. ولا بد وان يكون هناك اتفاق حول المعايير السلوكية السائدة في ثقافة المجتمع كي نضع مقياساً للصحة النفسية، حيث ان عناصر ثقافة أي مجتمع تختلف وبالتالي يختلف مفهوم الصحة النفسية، ومن هنا لا يوجد اجماع على مفهوم واحد للصحة النفسية.

رابعاً: المعيار التلاؤمي:

وفي هذا المعيار يتحدد السلوك السوي وغير السوي من خلال مساعدة الفرد على تحقيق النضج المطلوب وتحقيق الفرد لذاته. فالدافع لادراك الجهد الكامل الذي يبذله الفرد يعتبر بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي وغير السوي. وما يميز هذا المعيار انه يشجع الأفراد على ان تنمو شخصياتهم من خلال ادراكهم لأنفسهم كآدميين. ويرى كولمان ان سلوك الفرد يصبح مقبولا ويتصف سلوكه بالسواء حينما يتلاءم مع مجتمعه اما اذا خرج السلوك عن ذلك فإن سلوكه يصبح مرضياً.

وهناك عدة انتقادات وجهت لهذا المعيار كان منها:

- لا يقتصر السلوك اللاسوي على السلوك المرضي وانما يشمل بعض الانحرافات الجنسية والسيكوباتية، وادمان المخدرات والكحوليات.
- في بعض الاحيان نجد ان الافراد الذين يشعرون بالنقص مثل غيرهم من الافراد يسعون ويكافحون من اجل التفوق، فهذا يمثل احد الضغوط التي تمارس على حياة هؤلاء الافراد وربما تؤدي بهم إلى الشذوذ.
- ربما يكون من الخطورة ان نحكم على كفاح الافراد من خلال وجهات نظر سيكولوجية قاصرة. وفي ضوء ما سبق لا يمكن الاعتماد على معيار واحد لتحديد سواء السلوك أو شذوذه، ذلك ان كل معيار ومحك يعتمد على بعض التغيرات اضافة إلى تباين

واختلاف الحدود الثقافية من مجتمع لآخر، ولهذا يمكن استخدام المعايير السابقة مجتمعة في تحديد طبيعة السلوك بالسواء أو الشذوذ.

السلوك السوي والسلوك الشاذ:

اولاً: معنى السلوك:

لا بد لنا من معرفة معنى أو مفهوم السلوك بشكل عام قبل ان نبحث في السلوك السوي والسلوك الشاذ ويعرف علماء علم النفس السلوك عادة بأنه العلم الذي يدرس السلوك الانساني كما هو كائن في عالم الواقع، وهو التعريف الذي يتصدر أي كتاب يبحث في علم النفس العام أو الصحة النفسية.

فالإدراك شكل من أشكال السلوك، وكذلك الاحساس والتخيل والتصور والتداعي والمحاكات والانفعالات...الخ فكلمة السلوك يجب ان تكون شاملة فهي تعني التخيل كسلوك يجري لدينا داخليا، كما تعني ما نرسمه على الورقة من كلمات نكتبها أو رسم فني، أي ان كلمة السلوك تشمل كل الاستجابات العضوية سواء اكانت ظاهرة لعين الملاحظ الواقف امامها ام لم تكن كذلك.

والسلوك البشري يكون عادة على نوعين: سلوك ثابت موروث وسلوك آخر متغير مكتسب (متعلم)، والسلوك الموروث مجموعة ردود الافعال الجاهزة على المؤثرات المختلفة سواء أكانت الافعال بسيطة ام معقدة. والسلوك المكتسب هو السلوك المتعلم من انواع السلوك والتصرف اثناء حياة الإنسان ولا يولد فرد به علم بان الإنسان يكون مزودا باستعدادات وقدرات ووسائل تستطيع مع الأيام ان تنمو وتتطور وتنضج وتتفاعل مع المؤثرات الطبيعية والاجتماعية المحيطة به لتكون فيما بعد السلوك الذي نراه.

وتؤكد الدراسات الحديثة على أهمية التربية ودورها في تشكيل السلوك لدى الفرد وتؤكد أيضا على دور الاب والام والأسرة والمجتمع في تنشئة الابناء منذ نعومة اظفارهم وعلى تباين الافعال الحسنة والسلوك الجيد. كما تلعب القدوة دورا هاماً في تكوين السلوك لدى الاطفال والناشئة.

ثانياً: السلوك السوي

يظهر سلوك الإنسان مقبولا احيانا، وغير مقبول احيانا اخرى. ففي الحالة الاولى يظهر الارتياح للسلوك المقبول لأنه سلوك عادي أو لأنه سلوك مألوف اعتيادي، ومعتدل، وقد نطلق عليه حكم الاستحسان في بعض المناسبات. ونبني الحكم الذي سوف نطلقه على السلوك قد تتجه إلى بعض المبادئ الاجتماعية أو الاخلاقية أو الدينية علما بأننا قد اعتبرنا ان السلوك من حيث هو حادثة أو ظاهرة نفسية.

والسلوك السوي الذي يواجه الموقف بما يقتضي في حدود ما يغلب على الناس فإذا كان الموقف يدعو إلى الحزن واجهناه بالحزن. اما اذا كان الضحك بدل الحزن فإننا نستهجن هذا السلوك، فإذا تكرر زاد في الاستغراب واعتبرنا هذا السلوك عيبا أو شذوذاً، وهذا هو الهدف لنتحدث عن السلوك السوي باعتبار ان السلوك الشاذ هو انحراف وشذوذ عن خط سير السلوك السوي.

ولا بد لنا ان نحدد السلوك السوي مراعاة بأمور مختلفة، فالطفل الذي لا يتجاوز الخامسة من عمره لا يستطيع ان يوجه موقف الحزن بما يقتضي لأن مهمة الحزن لم تصل بعد إلى فهم البالغ الراشد.

فالميل الجنسي نحو الجنس الآخر اذا ظهر لدى الإنسان الراشد اعتبرنا سلوكه سويا، ولكن اذا ظهر لدى طفل الثامنة بدا ذلك شاذا الا من حيث وجود الدافع ولكن من حيث درجته في عمر معين وخبرة معينة.

والمشكلة التي تواجهنا ان السلوك السوي لا يكون بدرجة واحدة من الاستواء فتكيف الفرد مع الجماعة قد يكون من مستوى، وقد يكون ادنى من ذلك بقليل، وقد يكون من مستوى المتوسط وفي كل الحالات يبقى السلوك سويا.

ودرجات الاستواء المختلفة كلها تبقى ضمن اطار قيام الوظائف النفسية بعملها بشكل متناسق ضمن وحدة الشخصية التي تعمل ككل بعيدة في ذلك عن الاضطراب وهو المعيار الايجابي المتبع في الصحة النفسية للتميز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فالسلوك السوي اذن هو ما ينطوي على قيام الوظائف النفسية بعملها

بشكل متناسق ضمن وحدة الشخصية مع الاعـتراف بوجـود درجـات متعـددة لجـودة قيام الوظائف النفسية بعملها.

وهناك معيار آخر لتحديد السلوك السوي وهو المعيار السلبي، ويكون بتحديـد معيار للشذوذ باعتباره مقابـل السـواء واعتبـار السـلوك السـوي ذلـك السـلوك الـذي لا يكون شاذا.

ثالثا: السلوك الشاذ

السلوك الشاذ هو ما يخالف السواء، علما بأن السواء ليس واضحا دائماً كـما ان للسواء درجات متباينة... وهو تارة يعني الاضطراب والقلق النفسي الشـديد وهـو ايضـا السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفـة مـن التناسـق داخـل الشخصـية، وهـو احيانـا السلوك غير المألوف والسلوك المتطرف.

وقد عرّف احد العلـماء الشـذوذ بأنـه ردود الفعـل الشخصـية المضـطربة تجـاه الحياة ومناسباتها. واما كلمة المضطربة فتعني الاشخاص الذين يجدون في حياتهم القلق فهم مرتكبين غير سعداء معطلين في مجتمعهم إذ إن كلمة الاعتدال الـذي نسـتعملها في تحديد الحالات السوية وكلمة الاضطراب أو التطرف لتحديد الحالات الشـاذة تحتاجـان معا إلى معيـار أو معـايير بواسـطتها نتأكـد مـن وجـود الاعتـدال أو التطـرف فـالتطرف انحراف عن الاعتدال في درجة أو مستوى من مستويات السلوك.

والاحكام التي نطلقها عـلى السـلوك الحسـن والسـلوك القبـيح ليسـت احكامـا ذاتية ينطوي عليها كل من السلوك الحسن أو القبيح وإنمـا هـي احكـام اقترانيـة تتجـه فيها إلى بعض المبادئ الشخصية (كـالأغراض والمصـالح) أو المبـادئ الاجتماعيـة كالـذات ونمط الثقافة والعادات والتقاليد أو المبادئ الاخلاقية الخير والشر ومـا هـو مسـتمد بـين الشرائع الدينية كالحلال والحـرام، لنبنـي عليهـا حكـم الاستحسـان أو الاسـتهجان الـذي اطلقناه.. والملاحظ ان هذه الاحكام التي يراها العلم الحـديث احكامـا افتراضـية بحثهـا العلماء المسلمون وعلى رأسهم الغزالي في نظريته الافتراضية.

ان التميز بين الحسن والقبيح والسوي والشاذ لهو من الامور الاصـطلاحية التـي تتباين وتختلف بحسب المجتمعـات وثقافتهـا ومـا تحملـه مـن قـيم دينيـة واجتماعيـة وليست لها اية صفة ذاتية. (فائز الحاج، ١٩٩٥).

وعلى هذا الأساس فإن العقل لا يستقل ولا ينفرد بإطلاق الاحكام على السلوك وتميز الحسن والسوي من الشاذ بل لا بد من الرجوع إلى الخلفيات والمستبقات والعوامل الخاصة في تكوين الفرد سواء أكانت هذه العوامل شخصية أو اجتماعية.

المؤشرات العامة للصحة النفسية:

اولاً: الراحة النفسية

من العوامل المهمة التي تؤثر على حياة الفرد وعلى عملية التوافق هو شعور الفرد بعدم الاتزان النفسي في أي جانب أو مشاعر الذنب والافكار والوسواس وتوهم المرض وعدم الاقبال على الحياة والتحمس لها.

ولا يتضمن معنى الراحة النفسية ان لا يصادف الفرد أي عقبات أو موانع تقف حاجزا في طريق اشباع حاجاته المختلفة، وفي تحقيق اهدافه في الحياة، فكثيرا ما يصادف هذه العقبات في حياتنا اليومية وانما الشخص ذو الصحة النفسية هو الشخص الذي يستطيع مواجهة هذه العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاها نفسه ويقرها المجتمع.

ومن ذلك فإن سمات الفرد المتمتع بالصحة النفسية قدرته على الصمود حيال الأزمات والشدائد وضروب الاحباط دون ان يختل ميزانه ويشوه تفكيره ودون ان يلجأ إلى اساليب ملتوية غير ملائمة لحل ازمته كالعدوان ونوبات الغضب أو الاستسلام لأحلام اليقظة. فدرجة احتمال الاحباط من اهم السمات التي تطبع شخصية الفرد وتميزه عن غيره من الافراد. (مصطفى فهمي، ١٩٩٥).

ثانياً: القدرة على العمل

تعتبر قدرة الافراد على العمل والانتاج والكفاية فيهما وفق ما تسمع به قدراتهم ومهاراتهم من اهم دلائل الصحة النفسية، فالعمل هو إحدى صور النشاط الطبيعي للانسان، ولذلك فمن الخطأ ان نعتبره تهديدا للاتزان النفسي للانسان أو انه يضر بصحته النفسية وان الفرد عندما يزاول مهنة أو عملا فنيا فإن الفرصة تتاح له لاستغلال كل قدراته، وتحقيق اهدافه الحيوية، الأمر الذي يحقق له الرضا والسعادة النفسية.

ان الأثر القوي للعمل على الاتزان النفسي يرجع إلى ان العمل له صلة وثيقة بالأهداف التي تكمن وراء السلوك الانساني، فعن طريق العمل يكتسب الإنسان قوة، وهو

وسيلة للتأثير في البيئة التي يعيش فيها، عن طريق ذلك يسعى ويحقق لنفسه مركزا مرموقا في المجتمع الذي ينتمي اليه. ولهذا فلا داعي للاستغراب في ان توجد علاقة بين العمل والسلوك، فالسلوك في مواقف العمل، هو في الواقع جانب اساسي من جوانب السلوك الانساني.

وهناك علاقة واضحة بين الصحة النفسية، وما يتركه العمل من آثار وبلا شك فإن الفشل والاحباط في العمل قد يؤدي إلى اضطراب لدى الفرد، ولا شك ان الاستقرار النفسي ومدى ما يتمتع به الفرد في عمله من توافق وتكيف يؤدي إلى زيادة الانتاجية.

وهكذا نستطيع ان نتصور بأن نقص الكفاية في العمل هو مؤشر واضح على ما يواجهه ويعانيه الفرد من حالات الاضطراب النفسي والضيق والقلق و بالتالي قد يؤدي ذلك إلى اعاقة كفاءته وقدرته على ان يعمل بقدر ما تسمح به قدراته وامكانياته.

ثالثاً: مفهوم الذات:

تعتبر فكرة الفرد عن ذاته من الركائز الاساسية للشخصية، وبلا شك في عملية التوافق ولا بد لنا في ضوء ذلك أن نوضح ان الذات هي فكرة الشخص عن نفسه، وما يعتريه من افكار ومشاعر يكوّنها الفرد عن نفسه والصورة التي يكونها في داخله وهي تتمثل في فهمه العميق لقدراته وحدود امكانياته، فقد يتصور الشخص بأن له قدرات عقلية أو جسمية عالية، وفي واقع الأمر بأن هذا التصور غير صحيح، مما قد يدفع بالفرد إلى أن يصاب بالاحباط.

وقد يرى الفرد نفسه شخصا ذا قيمة اجتماعية، ومرغوب فيه، وهذه هي علاقة الفرد بالآخرين التي تجعل منهم ينظرون اليه بنوع من التقدير والاحترام لما لديه من قيم اجتماعية واتجاهات منطقية ومبادئ تشعره بنوع من الاحترام ورضا لنفسه وللآخرين، وقد يرى نفسه شخصا عديم القيمة لا يمثل شيئا بالنسبة للأفراد الذين هم حوله فنظراتهم هذه سواء كانت ايجابية أو سلبية فإنها تمثل عاملاً قوياً في قبول أو رفض هذا الفرد، وبالتالي التأثير في عملية التوافق.

ونظرة الفرد إلى نفسه لا بد ان تكون ذات مثالية وان يعرف الفرد نفسه جيداً لتحقيق ما يصبو اليه من كمالية ومثالية.

رابعاً: شمول نشاط الفرد وتنوعه

نحن بحاجة إلى تنوع وشمول النشاط، كما نحتاج إلى العناية بالنمو الجسدي والاهتمام بصدقنا وعلاقتنا الاجتماعية، فلا يقتصر اهتمامنا على جانب واحد، بل يجب التركيز على جميع جوانب النمو الاخرى، واذا اقتصر اهتمامنا على جانب واحد من جوانب النمو فسيؤدي حتما الاختلال بيّن في التوازن النفسي ويضيف المؤلف بأن هذا يمكن ان نشبهه بوجبة الطعام الصحية التي لا بد ان تحتوي على العناصر المختلفة من بروتينات وفيتامينات ولا تكون وجبة صحيحة، مفيدة سليمة بالاكثار من تناول لون واحد من الطعام فقط، فلا بد للتنويع من اجل ضمان عدم حصول خلل واضطراب في اجهزة الجسم المختلفة، وبالتالي الحصول على صحة نفسية جيدة. (الصفطي وآخرون، ٢٠٠٠).

خامساً: مدى كفاية الفرد في مواجهة احباطات الحياة اليومية

تختلف قدرة الناس على تحمل الصعوبات العادية التي تواجههم في الحياة، فنجد ان بعض الناس يصلون إلى حالة من الانهيار الشامل عند تعرضهم للاحباطات البسيطة، وعلى العكس من ذلك بعض الناس تكون ذات صلابة قوية ازاء متاعب الحياة وأحداثها وعلى درجة عالية من التحمل والصمود، فدرجة تحمل الشخص لمواقف الإحباط من أهم علامات الصحة النفسية السوية. (صموئيل مقاريوس، ١٩٧٣).

فالفرد دائما يمد يده باحثا عن أداة تساعده بشكل أو بآخر على مواجهة ظروف الخطر، فلا بد له ان يعد نفسه للمواجهة دون الهروب، وذلك لأنه أمام ظرف جديد مفروض عليه، وهو يحاول ان يعدله في مجرى سلوكه ليجعله ملائما ويتناسب مع ظروفه لذلك لا بد له ان يتصرف من اجل مواجهة ما يتعرض له من احباطات، فإذا واجهها نجا منها وحقق لذاته الرضا والراحة النفسية له وللآخرين.

سادساً: قدرة الفرد على تحمل المسؤولية

لا شك ان الشخص المتمتع بقدر كبير من الصحة النفسية هو ذاك الفرد الذي يستطيع ان يتحمل المسؤولية ويستطيع اتخاذ القرارات؛ لأن الهروب منها دليل على عدم النضج الانفعالي والشخصية غير المتمتعة بالصحة النفسية.

فلا بد للانسان الذي يريد الصحة النفسية أن يكون قادرا على اشباع وارضاء حاجاته الاساسية لأن ذلك من اهم العوامل المباشرة لإحداث التوافق النفسي والذي بدوره يؤدي إلى الصحة النفسية التي تسعى من اجلها المجتمعات والافراد، فالصحة النفسية تجعل الفرد مرتاحاً بعيدا عن مظاهر الاضطراب والقلق وتجعله فردا مقبولا اجتماعيا وراضياً عن نفسه وعن الآخرين.

الصحة النفسية عبر التاريخ:

وفي مجال دراسة علم الصحة النفسية لا بد لنا ان نتسائل هل هو علم قديم أو حديث؟ وفي الاجابة عن هذا السؤال وأنه في مراحل وتطورات كثيرة حتى وصل إلى وقته وصورته الحالية وقد تطرقت في اللمحة التاريخية عن الصحة النفسية إلى بيان العيوب والميزات التي تميز الصحة النفسية في كل العصور والمراحل.

ويشعر القارئ والمتبع لتطور تاريخ الصحة النفسية بأن جذورها تمتد بعيدا في أعماق التاريخ، ويدل على انها ليست وليدة الامس أو اليوم، بل ظهرت منذ ظهور الإنسان وتطورت بصورة موازية لتطوره، فمنذ وقت بعيد في التاريخ كانت السلطة بيد كبير الاسرة أو شيخ العشيرة، وكان العرف يقضي بالتخلص من غير القادرين على العمل من اجل الجماعة، ويشير قانون حمورابي إلى انه من حق رؤساء العشائر قتل العجزة والمتخلفين ذهنيا، وقد جر التأكيد على هذا المبدأ في القانون الذي صدر سنة ٥٢٩ ميلادية. (القذافي رمضان، ١٩٩٤).

وقد لوحظ ان الاضطرابات النفسية والعقلية وهي من علامات اضطراب الصحة النفسية كانت من الظواهر المعروفة منذ آلاف السنين، اذ اشارت الكتابات الدينية والأساطير المتوارثة. إلى قيام البطل الاغريقي (أجاكس) بالقضاء على قطيع من الاغنام متوهما بأنه كان يحارب جيشا من الاعداء .

وقد اتجه الإنسان القديم في محاولاته لفهم نفسه وإزالة الغموض من المحيط بالظواهر من حوله ولم تكن مفهومة لديه إلى تفسير أنواع السلوك الشاذ أو غير السوي على انه نتاج انحراف الإنسان وسوء سلوكه وغلبة الاتجاهات والنزعات الشريرة عليه، كما ارجعوه احيانا إلى تقمص الارواح الشريرة وسيطرة الشياطين على بعض الافراد.

ونظراً لأن لكل ثقافة معايير متفق عليها ووظيفتها تحديد كل ما هو طبيعي أو شاذ فقد اتجه الإنسان القديم إلى تفسير الظواهر المرضية أو الشاذة إلى معتقداته النابعة من الايمان بالقوى الغيبية، كما ساد الاتجاه إلى اطلاق تسميات خاصة على اصحاب السلوك غير السوي ويشير (ريم وسمزفيل) افراد الجن ويدعى (ايدتا IDTA) وذلك حوالي سنة ٢٠٠٠ قبل الميلاد وكانت وسائل العلاج المتاحة لديهم هي الترانيم الدينية والطقوس السحرية وما شابه ذلك. (القذافي رمضان، ١٩٨٤).

وكان للأطباء العرب والمسلمين مساهمات لا يمكن انكارها في مجال الصحة النفسية والطب النفسي والعقلي، فقد برعوا في عمليات التشخيص وتصنيف الاضطرابات والعلاج بما في ذلك العلاج الدوائي والنفسي والبيئي بشكل لا يختلف كثيرا عما هو مستخدم الآن. وكانت لهم مدارس واتجاهات علمية ذات علاقة بالمدارس العلاجية الحديثة من تحليل نفسي أو علاج سلوكي، كما اهتموا بالعلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض فأبدوا اهتمامهم بالاخير واظهروا له من صنوف التقبل والاحترام والاهتمام والمودة والألفة ما كان يساعده على الشفاء.

وكما اهتمت السلطات بإنشاء المستشفيات فقد اهتم الاطباء بمسائل الوقاية فأبرزوها وألحوا على ضرورة التعريف بها واتباعها، وهكذا كانت الصحة النفسية لها تاريخها وتطور مراحلها المختلفة التي وإن دلت على شيء فتدل على اهمية هذا الموضوع في تحقيق التكيف لدى الفرد وفي بناء السلوك الانساني.

الطب الوقائي:

نظراً لانتشار الأوبئة فقد تأثر كثير من الاطباء بالنواحي الجديدة للطب الوقائي والصحة العامة public health.

ومن ثم تعقدت الصورة الراهنة كثيرا، واتجه الطب نحو توسيع مفهوم المرض بحيث يشمل اعراضا اكلينيكية فرعية، كما اهتموا بالعوامل التي تسبق المرض، ويمكن اثباتها، واهتموا بدراسة نتائج الفحوص المعملية والاكلينيكية التي يمكن ان تتنبأ بتطور المرض، وأصبحت هذه النتائج اساسا لعدد من الطرق العلاجية، مثل علاج العلامات المبكرة لمرض الشريان التاجي وضغط الدم المرتفع، وقد نشأ اهتمام متزايد لمساعدة

الافراد الذين ليست لديهم اعراض على ان يقوموا بالاداء والمهام على افضل مستوى بالنسبة لهم. ولم تصبح أهدافاً محصورة في استعادة المريض توازنه السابق، وانما اصبح من الممكن التنبؤ بأن المناحي الوقائية سوف تصبح قوية بصورة متزايدة في جميع فروع الطب، ويترتب على ذلك تأكيد اكبر على الفروق الدقيقية بين الصحة والسواء.

ومن بين الاتجاهات المعاصرة في الطب، تأسيس فرع جديد للكشف المبكر للقابلية للمرض والذي يهدف الى اكتشاف الاستهداف للمرض والقابلية له لدى انماط مختلفة من الافراد، حيث تجمع كمية كبيرة من البيانات عن الخصائص المميزة للأفراد، ثم تحلل اتجاهات القياس، وتلاحظ الفروق داخل الوقت، وتحلل البيانات وتعزل العناصر التي ترتبط ارتباطا جوهريا مع غيرها من المتغيرات، والأمل معقود على أن تحليل هذه البيانات ستؤدي إلى تطوير طرق فنية تسمح بالتدخل المبكر لوقف سير المرض، وهذا المنحى يعيد تعريف المرض حتى يشمل مدى اوسع من الظواهر المستبعدة حتى الآن، ويترتب على ذلك اهتمام اكبر بالجانب السوي من المجال بما كان في الماضي.

ولقد أدى الاتجاه نحو المنحى الوقائي إلى نماذج جديدة للتكيف والمرض ويؤكد هذا الاتجاه على ان المدخل البيولوجي غير كاف لفهم دور العوامل النفسية والاجتماعية في تطور المرض، وبزيادة المعلومات عن اجهزة الكائن العضوي المعقدة، اصبح من الصعب التحدث عن معيار واحد للصحة كما ان هناك اعترافاً متزايدا الآن بأن انماطا خاصة لسوء التوافق أو الزملات شبه الاكلنينكية يمكن ان توجد لدى فرد يبدو سويا للآخرين، ويمثل هذا النموذج مثالا للتفكير الطبي المتقدم والذي يختلف بدرجة مذهلة عن نموذج كوخ.

وكان ريل في طليعة من حاول تحديد معنى السواء في الطب، وقد اكد ان الاختلاف بين الآدميين كبير لدرجة انه لا يمكن التعبير عن نمط واحد جامد للسواء وبين أثر البيئة وتغير الادوار في تحديد مفهومنا عن السواء، فضرب المثال الآتي: يعمل كل من كاتب البنك وعامل المنجم في بيئتين مختلفتين تماما، ويستخدم كل منهما مهارات واجهزة خاصة، ويمكن ان يكون كاتب البنك خاليا من اعراض المرض اثناء عمله في مكتبه في المدينة، ولكنه اذا انتقل إلى بيئة مختلفة تماما كأن يكون مستكشفا للقطب أو

جنديا في الجيش، فقد ينهار جسميا أو انفعاليا برغم تكيفه السابق، والذي يشير إلى انه سوي بوضوح. اما عامل المنجم الذي عانى من مؤثرات متجمعة منذ الوراثة الضعيفة وسوء التغذية وضغوط المهنة في المراهقة، فقد يكون متمكنا بصورة افضل في مهنة عامل منجم بالنسبة إلى فرد قوي جاء للعمل مع المنجم دون استعداد، ومن ثم يمكن القول بأن القدرة على التكيف لعمل معين تفوق الكفاءة بوجه عام.

وقد كان لهذا المدخل تأثير كبير اورده الدكتور احمد عبدالخالق في كتابه اصول الصحة النفسية يتضح فيمايلي: (عبدالخالق أحمد، ١٩٩٣).

١- وضع تعريفاً احصائياً بسيطاً للسواء في الطب، ووجوب تضمين التغيرية في أي نموذج.

٢- تأكيد نسبية مفهوم السواء من وجهات النظر الحضارية والوبائية.

٣- وضع حدود على الثنائية البسيطة للصحة والمرض.

٤- الاهتمام بالسياق الذي يتطلب التكيف، ويتفق هذا المنحى اتفاقا جيدا مع غالبية التطورات في العلوم السلوكية.

العصاب النفسي Neurlis

ويشير المؤلف في كتابه "الشخصية والصحة النفسية" إلى أن العصاب يقصد به المرض النفسي، حيث تتغير الشخصية تغيرا جزئيا ولكنها لا تتصدع تماما، فتقل صلة المريض بالواقع سليمة من الناحيةالشكلية فيما يحافظ على مظهره ويظل سلوكه معقولا إلى حد كبير وان كانت تشوبه بعض الغرابة، كما انه لا تحدث اضطرابات في اللغة والتعبير بشكل ملحوظ ويكون اضطراب التفكير محدودا ومنبها على المريض نفسه كما يحدث في حالات الوساوس أو الخوف (الفوبيا). ولا توجد هلوسات سمعية أو بصرية ويظل محتوى اللاشعور مستبعدا عن السلوك الظاهر. ويظل المريض قادرا على اقامة حوار مع الآخرين، ويأخذ العصاب صورا اهمها القلق، توهم المرض، الضعف النفسي، الهلوسة، الخوف (الفوبيا) الوساوس القهرية، الاكتئاب، واشكال اخرى مثل عصاب الحرب وعصاب الصدمة". (الداهري صالح، ١٩٩٩).

ويمكننا ان نتصور العصابية على انها متصلة أو ذات قطبين؛ اولهما يمكن تسميته بالاتزان الوجداني، اما القطب الثاني فيسمى بالضعف الوجداني أو العصابية وبين القطبين يحتل الاشخاص المختلفون مواضع مختلفة.

وعلى ذلك فالعصابية ليست هي الاضطراب ، ولا المرض النفسي- بل هي الاستعداد للإصابة بالعصاب في المواقف العصبية.

ويشير الدكتور مدحت عبداللطيف في كتابه الصحة النفسية والتفوق الدراسي، إلى ان العصابية عبارة عن بعد اساسي متصل من الاتزان الانفعالي إلى ضعف الأنا المستعدة للاصابة بالعصاب في المواقف العصبية، ومعنى ذلك ان العصابية تعد بعدا اساسيا من ابعاد الشخصية امكن الكشف عنها بواسطة بحوث الشخصية القائمة على اساس التحليل العاملي، ونظرا لتكرار الدراسات وتواترها واتفاقها على استخراج هذا البعد أصبح يتميز بالشيوع. (عبداللطيف مدحت، ١٩٩٣).

وتعتبر العُصابات اكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً، ويعتبر القلق القاعدة الأساسية المشتركة في مختلف أنواع العُصب، والنظرة السائدة للعصبات لا تعتبره مرضاً بمقدار ما تعتبره نماذج خاصة من السلوك قوامه استجابات خاطئة لمواقف الحياة تدل على ازمة في تكيف الإنسان مع نفسه وبيئته وتثير هذه الأزمة شعوراً غامضاً بالضيق والتوتر بفعالية الاستجابات الخاطئة. ويبدو أن مشكلات الحياة الحديثة تثير القلق وتدفع إلى العصاب الذي يمكن أن يحدث في أي عمر، ولكنه يتزايد بين المراهقة والثلاثينات ويمكن اجمال الاعراض العامة التي تشترك فيها مختلف الاستجابات العصابية بما يلي:

١- شعور داخلي غامض وعام بالضيق والانزعاج يترك المصاب مراهقاً.

٢- تنشأ العصابات جميعا عن مواقف حياتية صعبة وصدمات انفعالية سابقة.

٣- لا توجد علة عضوية في العصابات الأمر الذي يجعل من اعراضها استجابات مصطنعة.

٤- تغلب العصابات في حالة الأشخاص المكبوتين أو غير الناضجين عاطفيا.

٥- تعتبر العصابات تعابير عن صراعات نفسية لا شعورية وتجسيداً للتثبت على مرحلة تطورية طفلية سابقة أو نكوص إليها.

والعصاب من اكثر الامراض شيوعاً وكثيراً ما نشـهد الكثـير مـن الأفـراد يشـكون صراعاً واضطراباً نوم وتوهم مرض، وفي الحقيقة هم اناس ليسوا بحاجـة إلى عـلاج طبـي وانما يحتاجون إلى شي من الاهتمام والمساندة والتشجيع والوصول إلى منابع المرض.

واشار المؤلف إلى أن هناك فروقاً بين العصاب وبين المرض العصبي، فالعصاب لا يتضمن تلفا في الجهاز العصبي ولا يرجع إلى اضطراب فسيولوجي تشريحي، ولكنه اضطراب وظيفي ديناميكي انفعالي المنشأ، ويظهر في الأعراض العصابية بينما المرض العصبي يعد اضطرابا جسمياً تشريحيا أو تلفا في الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي أو الشلل الرباعي.

وتتصف الاضطرابات السلوكية التي ترافق العصاب بواحد أو اكثر من الأعـراض التالية:

١- ميول عدوانية مكبوته تتجلى في اتصاف العصابي بالهزء والسخرية والعناد٠

٢- شذوذ في النشاط الجنسي يتظاهر في إشباع الغريزه بوسائل غير طبيعية وظهور العنة والبرود الجنسي.

٣- اضطرابات في النوم تتظـاهر عـلى شـكل أرق وصـعوبه في الـدخول في النـوم وتقطـع النوم بأحلام وكوابيس مزعجة٠

٤- الشعور بالاعياء والتعب الجسمي إلى حد يؤدي إلى عدم القدرة على التركيز والانتبـاه والتشاؤم٠

٥- اضـطرابات وظيفيـة مختلفـه كاللجلجـة في الكـلام وسـلس البـول واللزمـات (وهـي حركات يكررها العصابي بشكل غير شعوري)٠ (الداهري صالح، ١٩٩٩).

وتتسم الشخصية العصابية بمجموعة من الخصائص وان كانت هذه الخصائص تأخذ صورا متباينة من حالة لأخرى ، وأهم هذه الخصائص بصفة عامة عدم القدرة على تحمل الضغوط وسرعة الاستثارة والقلق والخوف وبعض الاعراض النفسية_ جسمية, كاضطراب الهضم, وفقدان الشهية, والصداع النصفي, والاعياء, وعدم الرضا والشعور بضعف الثقة في الذات والحساسية , والقاء اللوم على الآخرين أو على الحظ في مواقف الفشل أو الاحباط (الهستيريا) ٠ويعتبر القلق والاكتئاب والوساوس أهم صور للعصاب.

وفي دراسة قام بها جين كابنهام ودونالد ستراسبرج لالقاء الضوء على العلاقة بين العصابية وعملية تبادل الكشف عن الذات و وذلك على عينة قوامها (٣١٠) من ذكور طلاب الجامعة واسفرت النتائج عن اختلاف العصابيين عن الأسوياء في أن العصابيين غير واعين لمعيار تبادل الكشف عن الذات حيث أن عملية انفلاتهم وعدم رغبتم في الكشف عن ذواتهم تجعلهم لا يفهمون المعايير الاجتماعية المرعية.

وحتى لو وعى العصابيون عملية التفاعل النفسي على كشف الذات لقاموا بتجنب المواقف التي تتطلب اظهار قدر أكبر من المودة أو الالفة، وذلك لأنهم قد يجدون صعوبة في الثقة بالآخرين. (الداهري صالح، ١٩٩٩).

والاضطرابات العصابية هي اكثر الاضطرابات النفسية حدوثا بمعنى أنها اكثر انتشارا من الاضطرابات الهذائية ويعيش كثير من العصابيين حياتهم بشيء من المعاناة دون أن يفكروا في استشارة المعالج النفسي أو الطبيب النفسي.

وهكذا فالعصابية كبعد من ابعاد الشخصية احتلت مكانة من البحوث التي تتناول الشخصية واستقر الأمر على أنها بعد شائع ، وان هذا البعد له ارتباطات متباينة ببعض المسميات الباثولوجية والسوية في الشخصية.

وهكذا تبدو الصحة النفسية لها الاثر البالغ في محاولة الفرد لتحقيق التوازن بين دوافعه المتصارعة، ومقابلة ازمات الحياة وتحقيق الأهداف التي يريدها في حدود امكانياته وقدراته.

ويمكن القول إن الإنسان كائن حي يبحث عن الصحة النفسية ذلك أن تحقيق الصحة النفسية، وتحقيق سلامة العقل، وراحة البال، تهدف بالوصول إلى الهدف الاسمى والاعلى إلا وهو النفس المطمئنة التي هي الغاية القصوى وهدف مرتجى لدى غالبية البشر، كل يرمي إلى تحقيقه ويسعى سعيا نحوه، ويمشون في اتجاهه.

التكيف النفسي:

التكيف مفهوم مستمد من علم البيولوجيا كما حددته نظرية داروين، حيث يشير هذا المفهوم إلى أن الكائن الحي يحاول أن يلائم نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من اجل البقاء وعلى هذا يمكن وصف السلوك الإنساني علىانه رد فعل لكثير من مطالب

البيئة الطبيعية الملحة وليس الأمر قاصراً على الإنسان في مواءمته في البيئة بل إن الحيوان نفسه يحاول أن يتكيف حيث منح الله سبحانه وتعالى الكائنات عموما القدرة التي تساعده على التكيف والتلاؤم مع الظروف المادية والطبيعية السيئة.(غريب عبدالفتاح، ١٩٩٩).

وقد برزت عدة مفاهيم أثناء تناولنا تعاريف الصحة النفسية كحالة تصف الفرد في القدرات التكيفية وكان بعض هذه المفاهيم اكثر بروزاً من الآخر ولو حاولنا البحث عن أكثر هذه المفاهيم بروزاً على الاطلاق فيما تناولناه من مفهوم التكيف الذي يشير إلى إنه خير وسيلة أو دليل يمكن الاعتماد عليه في التعرف على الصحة النفسية لدى أي فرد هو تكيفه العام والذي فعّلناه بعد ذلك إلى التكيف الشخصي والتكيف الاجتماعي.

ويمكن أن نقارن بين الصحة النفسية وسوء التوافق، فنلاحظ الصحة النفسية تقود الالتوافق وإذا اعتبرنا الصحة النفسية هي المتغير المستقل فإن التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد يعد بمثابة المتغير التابع كما يمكن أن نعتبر التكيف الناجح يؤدي بالضرورة إلى الصحة النفسية، وهنا يعد التوافق العامل المستقل. (محمد الطيب، ١٩٩٤).

وهكذا نلاحظ أن التكيف النفسي والصحة النفسية عمليتان مترابطتان ومستمرتان مع نمو الإنسان.

خصائص عملية التكيف:

تتسم عملية التكيف بعدة خصائص يكون لها أثر بالغ بالوصول بالفرد إلى درجة عالية من التوافق والصحة النفسية ويمكن الاعتماد على هذه الخصائص بصورة أساسية في فهم عملية التكيف وكيفية وصول الأفراد إليها كما يمكن من خلال هذه الخصائص أن نستمد منها مؤشرات واضحة للحكم علىالافراد ومدى وصولهم إلى هذه الدرجة من التوافق. كما يمكن ومن خلال الاطلاع على النماذج المقدمة في معايير وخصائص أن نستمد منها أسلوبا علاجيا يساعد في منهج يمكن تطبيقه ومن هذه المعايير:

أولاً: ينظر إلى عملية التكيف علىانها عملية ارادية يمكن أن يصل إليها بكامل ارادته ورغبته من خلال ابتعاده عن ما هو من شأنه أن يصل الإنسان إلى طريق مسدود تعمل على إيجاد تربه خصبة من شأنه أن تحيد بالانسان عن السوء.

ثانياً: قد يغير الفرد في عملية التكيف من نفسه (بيئته الداخلية) وذلك بتعديل بعض سلوكياته السيئة كالعناد أو التمارض إذا واجهته مشكلة أو تغير أهدافه وتعديلها وقد يكون التغير من أجل التكيف مع البيئة الخارجية كأن يبحث الفرد عن سكن جديد اكثر سعة بعد أن كثر عدد أولاده مثال على تغير البيئة المادية أو يغير نظاماً كان سائدا في أسرته أو يطالب بتغيرها في أحد النظم الاجتماعية (تغير في البيئة الاجتماعية) ملخص ذلك أن الفرد في عملية التكيف قد يغير من ذاته أو يغير من مجتمعه.

ثالثاً: تزداد عملية التكيف النفسي وضوحاً عندما يكون اصطدامها مع الواقع، فكلما كانت العقبات التي يمر بها الفرد تتصف بالقوة والتعقيد كانت هذه العقبات جديدة وغير تقليدية خارجة عن خبرة الإنسان، وأبدى الإنسان معها تكيفاً ملحوظاً كان هذا اجدر من التكيف الذي يبديه في العوائق والمشاكل الضحلة وغير المعقدة. (محمد الطيب، ١٩٩٨).

رابعاً: تتأثر عملية التكيف بالعوامل الوراثية والوراثة السيئة تجعل الفرد قاصرا عن التكيف فمثلا المصاب بنقص عقلي اوزيادة حساسية انفعالية نتيجة عوامل وراثية سيؤثر ذلك حتما على عدم قدرته على التكيف حتى لو كانت العوائق بسيطة.

حيث اشارت بعض الدراسات التي تم إجراؤها على علاقة العوامل الوراثية والصحة النفسية إلى أن هناك علاقة بين اضطراب ومشكلات في الشخصية فمنها ما يتعلق بسمات الشخصية مثل التشاؤم أو العزلة أو السلبية أو الانطواء أو العصابية أو غيرها من الاضطرابات المتصلة بالشخصية ومنها ما يتصل بالعوامل الوراثية.

خامساً: تعتبر عملية التكيف والتوافق النفسية عملية مستمرة وديناميكية مرتبطة مع حياة الإنسان وتعتبر سمة من السمات الملتصقة بالحياة من المهد إلى اللحد ، وذلك انطلاقا من الهدف وراء عملية التكيف النفسي والتي كانت تهدف أساسا لإشباع دوافع وحاجات الأفراد الحيوية اللازمة لحفظ حياتهم واعطائهم الأسلوب الأمثل للعامل مع المشكلات الحياتية المختلفة.(عبدالحميد الهاشمي، ١٩٨٦).

سادساً: تتوقف درجة الصحة النفسية عند الفرد على مدى قدرته على التكيف في المجالات المختلفة فكلما تعددت مجالات التكيف وزادت كان ذلك دليلا على أن الفرد يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، والعكس صحيح، حيث توجد مجالات عديدة تحتاج إلى حسن التكيف منها: الجسم والجنس والدين والسياسة والاقتصاد، وكذلك النواحي الاجتماعية، ولكن هناك مجالات معينة يكون التكيف فيها اكثر أهمية وأثرا على صحة الفرد، ومن هذه المجالات المجال الاسري وفي مجال العمل والدراسة.

سابعاً: أي سلوك يشبع حاجة لدى الفرد أو يخفف من توتره هو سلوك تكيفي سواء كان هذا السلوك سويا أو شاذا فشراء الطعام لإشباع الجوع سلوك تكيفي. أما سرقة ذلك الطعام فهو سلوك تكيفي سيئ وكلما زاد التكيف الحسن كان ذلك دليل على صحة الفرد النفسية.(فوزي جبل، ١٩٩٠).

العوامل الأساسية التي تساعد على التكيف:

بعد أن تناولنا أهم خصائص عملية التكيف النفسي- نأتي هنا لتوضيح أهم العوامل الأساسية التي تساعد على إيجاد مثل هذا التكيف لدى الأفراد، حيث يمكن اعتبار أن هذه العوامل لا بد منها من اجل الوصول إلى درجة الصحة النفسية حيث بدون هذه العوامل لا يمكن أن يصل الفرد إلى درجة السوء ومن أهم هذه العوامل:

اولاً: إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية

ويقصد بالحاجات الاولية الحاجات العضوية أو الفسيولوجية كالحاجة إلى الطعام والشراب والجنس التخلص من فضلات الجسم والحاجة إلى النوم والراحة، وهي حاجات اشباعها ضروري للحياة وبدونها يتعرض الإنسان للهلاك والموت؛ لذا فهي حاجات يولد الفرد مزوداً بها. وتأتي الحاجات الشخصية مثل الانتماء والحب والتقدير والحاجة إلى الأمن والاستقرار ضمن هذه الحاجات التي لا بد من اشباعها، فعدم الاشباع لمثل هذه الحاجات يعمل على إيجاد حالة من التوتر لدى هذا الشخص.(محمد الهابط، ١٩٩٨).

ثانياً: العوامل الفسيولوجية

تضم هذه العوامل فئة كبيرة من العناصر التي تعود إلى بنية الجسم وما يحمله الفرد معه منذ تكوينه وما يناله من تأثره بحالات عارضة أو طارئة ويمكن أن يعود بعض هذه العوامل إلى الوراثة أو كدمات أو اصابات تصيب الرأس أو أي من اجهزة الجسم أو الامراض التي تصيب الفرد قبل أو بعد ولادته مباشرة. حيث يمكن النظر إلى هذه المرحلة على صورة بالغة الأهمية باعتبارها تشكل الأساس الذي تبنى عليه عملية التكيف فلا بد من أن تكون هذه العوامل الفسيولوجية عادية وسوية لا يشعر بها، اضطراب حتى ينعم الفرد بالصحة النفسية إن أي خلل يصيب أياً من هذه العوامل سوف ينعكس اثره الضار على صحة الفرد النفسية مما يعيق عملية التكيف.

ثالثاً: تعلم مهارات التكيف

إن عملية التكيف عملية دينامية مستمرة تقتضي التعليم المستمر فيه ليست بأي حال عملية موروثة بل مكتسبة، ولا شك أن تعلم مهارات التكيف إنما في المراحل المبكرة من عمر الفرد؛ لذلك فإن التكيف يعتبر محصلة لما مر به الفرد من خبرات وتجارب أثرت في تعلمه الطرق المختلفة التي يشبع بها حاجاته ويتعامل بها مع غيره من الناس، وقد أشار الكاتب إلى أن اغلبها في مرحلة الطفولة يتم معرفة وتعلم مهارات التكيف أن هذه الفكرة توضح اثر السنوات الأولى من عمر الفرد على حياته المستقلة كما ركز على أهمية التنشئة الاجتماعية في إحداث الصحة النفسية للأفراد ، حيث اتباع أساليب إيجابية في تنشئة الاطفال يساعدهم في تعلم المهارات والعادات اللازمة لعملية التكيف.(غريب عبدالفتاح، ١٩٩٩).

رابعاً: المظاهر الجسدية الشخصية

تشير هذه النقطة إلى العوامل الجسدية واثرها في احداث التكيف لدى الإنسان، حيث يلعب هذا العامل بصورة كبير في احداث التكيف النفسي لديه وتجب الإشارة هنا إلى الطريقة التي يدرك فيها الفرد ما يحبه الآخرون وما يكرهونه وإدراكه عدم وجود ذلك لديه وفق رغبات الآخرين وما يؤثرون، فالشاب الذي يكون القهر المفرط أو البدانة الزائدة صفة لجسمه يدرك أن ذلك ليس مما يؤثره الناس ويمكن أن يؤثر على توافقه الاجتماعي.

خامساً: المستوى الاجتماعي والثقافي

يغلب في المجتمعات الديمقراطية وجود فئات اجتماعية ثقافية وذلك بتأثير من شروط الماضي، وثقافة الحاضر والدخل اليومي ونوع المهنة والهجرات بين البلدان المختلفة فإذا أخذنا المجموعات الاجتماعية الموجودة في هذه البلدان وقمنا بدراستها نجد أنها تعمل على أن تعرض مجموعة من المعايير على افرادها وهذا من شأنه أن يخلق نوعاً من عدم التوافق، كما أن هذا الاختلاف بين الجماعات الإنسانية يخلق نوعاً من الاضطراب. (نعيم الرفاعي، ١٩٨٧).

سادساً: المسايرة (المسالمة)

يعتبر البعض أن التكيف نمط من المسالمة على أساس أن المسالمة من طبيعتها البعد عن الصراع والتصادم فالمسألة في رأي هؤلاء وهي نوع من التكيف والتوافق يكون على شكل الانقياد للبيئة والتسليم لها خاصة البيئة الثقافية والاجتماعية فالمسايرة أو المسالمة تعني خضوع الفرد للظروف والأحوال التي يعيش فيها كما تتطلب منه أن يعدل أو يغير من اتجاهاته أو مشاعره، والفرد الذي يفشل في المسالمة مع الأنظمة التي تنظم الحياة حوله يعتبر فاشلا في الاسهام بدوره نحو مجتمعه. (محمد الهابط، ١٩٩٨).

سابعاً: السينما والراديو والتلفزيون والكتب المثيرة

بعد التطور السريع الذي شهده العالم وخاصة في وسائل الإعلام وزيادة الطلب على هذه الوسائل والتعامل معها بشكل مستمر في حياة الإنسان اليومية سيزداد تبعاً لذلك تنافس القائمين عليها فيما يقدمون من برامج أو قصص وليس كل ما يقدم مساعدا على حسن التكيف بل الأصح القول إن في الكثير مما يقدم مصدر للقلق والشذوذ وفي دراسة قام بها تشارتزر عن السينما والمتفرجين من أن النوم عند الأفراد الذين يشاهدون أفلاماً مثيرة يؤدي إلى حدوث اضطرابات في النوم لديهم.(نعيم الرفاعي، ١٩٨٧).

ثامناً: درجة تقبل الإنسان لنفسه

تعني هذه النقطة مدى تقبل الذات والذي يشكل الاعتراف الموضوع بكل صفات الفرد وقبوله كل منها كجزء من الذات، فإن تقبل الفرد لها عنده من صفات وقدرات وإمكانيات يعتبر من أهم عوامل الصحة النفسية، حيث إن فكرة الإنسان عن ذاته ومدى

إيجابيـة هـذه الفكـرة ترفـع الإنسـان للعمـل والتوافـق والرضـا عـن الـنفس.(غريـب عبدالفتاح، ١٩٩٩).

العوامل التي تساعد على سوء التكيف:

إن الإنسان في هذه الآونة الأخيرة يعيش في مجتمع متغير الأطـوار تتغـير وتبـدأ ظواهره بين لحظة وأخـرى ولا شـك أن هـذا التغـير السريـع والمتلاحـق قـد ألقـى عـلى المجتمعات، وخاصة النامية منها العديد مـن الأدوار ومطلـوب مـن الفـرد أن يعـيش في هذا العصر وأن يتمتع بالصحة النفسية لكي يستطيع المساهمة الجـادة والفعالـة في نمـو هذا المجتمع وازدهاره. كما وأن هذا القرن الذي نعيشـه يختلـف عـن القـرون السـابقة والذي أطلق عليه عصر القلق والتوتر، فالحصول على الصحة النفسـية الجيـدة في هـذا العصر إنما هو طريق شاق وطويل تحيط به مشاكل وعقبات لا يمكـن حصرهـا لتنوعهـا وتعقيدها، وفي ضوء ذلك يمكن أن نعزو الزيادة في مختلـف أنـواع الشـذوذ السـلبي إلى الاسباب التالية:

اولاً: عدم الاستقرار الدولي حيث شـهد العـالم في العقـد الثـاني والرابـع مـن هـذا القـرن حـربين عـالميتين، مـما أدى إلى ظهـور صراعـات سياسـية وانقلابـات العسـكرية والحـروب السـائدة والتـي تسـتخدم فيهـا الأسـلحة المتطـورة كـالحروب الذريـة والكيماوية وظهور ما يسـمى بالقطـب الواحـد وتفـرد (أمريكـا) في هـذا القطـب واستهتارها بالقيم والعالم أجمع.

ثانياً: لقد عاش الإنسان في زمن كان للقيم الروحية والدينية في سـلوكه مكانـا عاليـاً، أمـا الآن فقد تغير الحال فقد أصبحت السمة المادية هي السمة الغالبـة وذلـك نتـاج الحضارة المادية والصناعية حيث شعر الإنسان بعزلة واغـتراب وقـل التعـاون وراء العدوان فانكمشت العلاقات الاجتماعية وانهارت الروابط الاسرية.

ثالثاً: قلة ظروف العمل في العصر الحديث والتي جعلت الفرد يقبل عـلى أي عمـل قـد لا تتناسب قيمه مع القيم المرغوبة لـدى الفـرد ، وكـذلك لا تتناسـب مـع ميـول الفرد وقدراته واتجاهاته.

رابعاً: الانفجار السكاني الهائل الذي اصبح يجتاح العالم وخاصة الدول النامية مما أدى إلى عدم توازن بين الموارد والمصروف الأمر الذي أدى إلى حدوث العديد من المشاكل الاقتصادية التي أصابت الإنسان بالقلق والتوتر. (فوزي جبل، ١٩٩٠).

خامساً: التقدم التكنولوجي والتطور السريع والمتلاحق في ضروب الحياة حيث إن التقدم العلمي الهائل يؤثر على الأفراد والجماعات في مختلف جوانب حياتهم مما أدى بالضرورة إلى تعقد العلاقات الاجتماعية.

سادساً: خصائص السكان حيث ادى التزايد السريع في حجم السكان في الآونة الأخيرة الى ايجاد مجموعة كبيرة من المشاكل سواء على الصعيد الاجتماعي او الاقتصادي حيث ستزيد هذه التعقيدات من مهمة الافراد في التكيف مع واقعه الامر الذي سيترك آثارا بالغة على نفسيته ويجعله اقل ثقة بالمستقبل ويمهد لتكوين بيئة خصبة لنشوء المرض النفسي لديه.

بالاضافة الى هذه العوامل الخارجية والتي تسهم بشكل كبير في التأثير على الصحة النفسية للفرد وتعمل بصورة كبيرة على احداث خلل وظيفي يؤدي بالفرد لعدم القدرة على التصدي لمشكلاته والعمل على حلها، مما يجعله يحيد عن السوء النفسي- وتفقده القدرة على السيطرة على نفسه وافعاله وتزداد اثر هذه العوامل الخارجية اذا كان هنالك خلل في الجهاز العصبي او خلل في النواحي الجسمية التي تلعب أثراً في احداث نوع من سوء التكيف لدى الافراد ولكن هناك اختلاف واضح في أثر هذه العوامل على الاشخاص فيما بينهم وبالرغم من تشابه جميع جوانب الشخصية او مكوناتها واحدة عند جميع الافراد الا ان تكوينها يختلف بينهم وهذا يفسر لنا اختلاف الافراد عن بعضهم ويفسر لنا ايضا لماذا يكون لكل فرد سماته الخاصة به التي تميزه عن غيرهم من السمات هي التي تحدد الى درجة كبيرة سلوك الفرد وتصرفاته ومدى تكيفه في الحياة واستجاباته لمؤثرات البيئة.

ولعل اهم هذه الجوانب التي ترتبط بالنواحي الداخلية هي عوامل جسمية وعقلية وعوامل نفسية.(سيد مرسي، ١٩٩٢).

١- **العوامل الجسمية:**

لقد تم الاشارة في بداية الحديث عن الصحة النفسية انه يوجد علاقة وثيقة بين صحة الفرد الجسمية وصحته النفسية وإن أي خلل في مدى هذه الجوانب سوف يؤدي الى خلل في الجانب الآخر، فاعتلال الصحة الجسمية وضعف البدن يؤدي بالفرد الى القلق والتشاؤم والنظرة الى النواحي ومن هذا نستخلص ان الانسان الذي يتمتع بالبناء الجسمي السليم من حيث الحجم والقوة والحيوية والصحة سيجعل منه هذا انسانا قادرا على تحدي مشاكل الحياة المختلفة والصمود امامها ومحاولة التغلب عليها مما لا يقدر عليه الضعيف او السقيم. ولعل اهم ما يؤثر في هذه الناحية هو:

أ- ضعف الجسم وسوء حالة الفرد.

حيث ان ما يحدث في الجسم من خلل في أعضائه يؤدي الى اضطراب الوظائف لهذه الاعراض، ومن ثمّ الى إحداث حالة من سوء التكيف ويمكن ان يكون سبب هذا الاختلال في وظائف الاعضاء يعود الى اسباب داخلية او اسباب تتعلق بتغيرات في بعض اعضائه الجسمية بفعل البيئة التي يعيش فيها، وهذه التغيرات التي تصيب الانسان تكون خارجية لا يقدر الفرد على التصدي اليها مثل التغيرات التي تصيب الانسان في مختلف مراحل عمره المختلفة مثل سن المراهقة وما يرتبط بها من تغيرات فسيولوجية تعتبر بمثابة تحول في حياة الانسان تحمل معها مجموعة من المشكلات التي تتطلب التدخل او التعامل معها بصورة اكثر اهمية من المرحلة السابقة وكذلك مرحلة منتصف العمر او سن الشيخوخة وما يرتبط بها من تراجع في القدرات الجسمية العامة وعدم القدرة على التعامل مع متغيرات البيئة. (حسن منسي، ١٩٩٤).

ب- الشكل العام والهيئة للأشخاص:

يؤثر الشكل العام بصورة كبير في احداث علاقة قوية بين التكيف والصحة النفسية حيث انه يعطى صورة ايجابية بشكل كبير تعمل على تدعيم صورة الذات لذلك الشخص الذي يملك منظر جميل ومناسب (الهندام ، ١٩٨٥).

حيث ان الشكل الجميل لشخص ما يدفعه الى المغالاة في تقدير ذاته فتصيبها هذه العملية بعقدة تضخيم الذات مما يجعله يتعامل بفوقية مع الناس وهذا يؤدي الى سوء عملية تكيفها مع الناس. كما ان اعتماد الاشخاص الى هذا الجانب من الشخصية المتمثل في

المظهر المناسب يؤدي بمثل هؤلاء الاشخاص الى الاحساس بالقلق. كلما اخذ هذا الجمال يزول مع التقدم بالعمر ويعتبر هذا القلق الذي يصيب مثل هؤلاء الاشخاص علامة على سوء الصحة النفسية. وقد يكون الشكل العام دون العادي او المألوف كالانسان القبيح الشكل او المفرط بالطول او القصير او السمين او غير ذلك من اصحاب العاهات والتشوهات سببا في شعور الفرد بالنقص مما يدفعه الى الانطواء والابتعاد عن الآخرين او العدوان عليهم كصورة من صور التعويض كرد فعل على الشعور بالنقص والذي سوف يزداد هذا الشعور ما لم تقم على مساعدة الفرد في تقبل ذاته ورفع تقدير لذاته تجعله قادراً على التكيف مع هذه الحال.

ج- العاهات والتشوهات التي تصيب الانسان:

ان اصابة الافراد بعاهات او تشوهات تؤثر على فكرة الفرد عن نفسه كما يؤثر على توافقه وتكيفه وعلى صحته النفسية ويتوقف هذا التأثير على مدى تقبل الفرد او عدم تقبله لهذه العاهات التي اصيب فيها وقدرته على التعامل معها تعد اساساً هام من الأسس التي يمكن ان تعتبر كمؤشر هام في الحكم من خلالها على صحة الانسان النفسية.(محمد الهابط، ١٩٩٨).

د- الخلل الذي يصيب الغدد الصماء وغيرها من الغدد:

يؤدي الخلل الذي يصيب الغدد في جسم الانسان الى اصابة الانسان بمجموعة من الاختلالات في نسبة الافرازات للمواد الكيميائية التي تعمل هذه الغدد في افرازها في الدم الى احداث حالة من عدم الاستقرار في الحالة الانفعالية للفرد ومما لا شك فيه نتيجة للدراسات الاكلينيكية المتعددة في مجال الطب النفسي- ان الكثيرين من المرضى الذين يعانون من امراض نفسية او عقلية يعانون من خلفية انفعالية مضطربة غير مستقرة تكون هي الارضية الخصبة لبذور هذه الامراض التي تصيب الانسان ومن اهم هذه الغدد التي لها اهمية كبيرة في احداث مثل هذه الحالة من عدم الاستقرار الانفعالي نتيجة لخلل في افرازها هي:

أ. الغدد الصماء:

حيث تفرز هذه الغدد افرازاتها بصورة مباشرة بالـدم وهـي مـواد ذات فاعليـة شديدة على الانسان تسمى بالهرمونات مما يؤدي الى احداث خلل في ميزان الجسم كل، وظهرت عليه تغيرات ملحوظة في بنيته وهيئته ومزاجه وذكائه وسلوكه ويتضح اثر خلل هذه الغدد في سوء تكيف الفرد وسوء توافقه.

ب - الغدة الدرقية:

تقع هذه الغدة أسفل الرقبة وتؤثر إفرازاتها على عملية البناء والهدم في أنسجة الجسم فإذا زاد افرازها (الثيروكوسين) في الدم زاد نشاط العمليات الحيوية البناء والهدم في الانسجة وهذا يؤدي الى بروز العينين وسرعة التنفس وتتـابع ضربـات القلـب والى ان يكون قلقا سريع الهياج العصبي والانفعالي. اما اذا قل افراز هذه الغدة فإن ذلك يـؤدي بالفرد الى حالة من الخمول والبلادة وفي كلتا الحالتين يكون الفرد غير قادر على التعامـل مع ظروف الحياة ومشاكلها بالصورة السليمة.

ج- الغدة الادرينالية:

وتقع هذه الغدة فوق الكليتين وتتكون من غدتين صغيرتين، وتقوم هذه الغـدة التي تفرز في الدم مادة الادرينالين، وهو هرمون قـوي تـؤدي الكميـات القليلـة منـه الى ازدياد سرعة النبض وارتفـاع ضـغط الـدم، ولهـذا الهرمـون صـلة وثيقـة بحـدة السـلوك الانفعالي الذي يصاحب الغضب او الخوف او الألم.

د- الغدة النخامية:

توجد في قاع المخ وتتكون مـن جـزأين هـما: الفـص الامـامي والفـص الخلفـي، وتؤثر افرازات الفص الامامي في عملية النمو الجسمي العام والوظـائف الجنسـية، فـاذا نقصت هذه الافرازات تأخر نمو الجسم واصبح ضئيلا ووهنت العضلات كما يتعطل نمـو الاعضاء الجنسـية أمـا اذا زادت افـرازات هـذه الغـدة فإنهـا تـؤدي الى الهيـاج الجنسي وزيادة النمو الجسمي.

هـ - الغدة التناسلية:

تعمل الهرمونات ذات الفاعلية الكبيرة على النمو والسلوك فهي تنشـط الـدافع الجنسي عند الفـرد، وتسـاعد عـلى نضـج اعضـائه التناسـلية وظهـور الصـفات الجنسـية

الثانوية. ومما يذكر ان هذه الهرمونات توجد لدى الفرد منذ طفولتـه ولكنهـا تكـون في حال استكانة حتى فترة المراهقة ثم يزداد نشاطها.

وبهذه الصورة نكون قـد ناقشـنا بصـورة مـوجزة أثـر العوامـل الجسـمية عـلى إحداث التكيف لدى الافراد. حيث اظهرت المؤلفـات التـي تناولناهـا مـن خلالهـا هـذه المواضيع اهمية هذا الجانب بصورة كبيرة في احداث التكيف لدى الافـراد، وكيـف يـؤثر على صحة الجسم وضعفه وشكل الجسم العام وما يصيبه من عاهـات وتشـوهات ثـم اهمية الدور الذي تقوم به الغدد في إحداث حالة من عدم التوازن.

٢. العوامل العقلية

يتمثل هذا الجانب في القدرات العقلية كالذكاء العام والميول والقدرات الخاصة كالقـدرة الميكانيكيـة والقـدرة اللغويـة والقـدرة عـلى التصـور البصريـ المكـاني القـدرة الموسيقية والقدرة البنيوية، وكـذلك العمليـات العقليـة الاخـرى، مثـل الادراك والتفكـير والتذكير والانتباه.

الذكـاء:

لقد ظهر للذكاء تعريفات عديدة تتمحور كلها حول ان الذكاء هو القدرة عـلى الاستبصار والرؤية الكلية الواضحة للأمور التي تساعد الفرد على مجابهة مشاكله وحلهـا بطريقة سليمة، وكذلك تمكينه من التعلم مـن التجـارب والخـبرات السـابقة والاسـتفادة منها في حياته الخاصة ولما كانـت تعريفـات الـذكاء تـدور حـول هـذه النـواحي فيكـون واضحا مدى تأثير الذكاء على سلوك الفرد وتكيفه. فالشخص الـذي يسـتطيع ان يواجـه مواقف الحياة المختلفة مواجهة سليمة فإن ذلك يساعد على اشباع حاجاتـه مـن ناحيـة وارضاء الآخرين من ناحية أخرى.(محمد الهابط، ١٩٩٨).

الميول:

تلعب الميول دورا كبير في التأثير بشكل كبـير عـلى سـلوك الفـرد وعـلى طريقـة تكيفه كما تلعب دورا في دفع الشخص للاهتمام والانتبـاه بصـورة مسـتمرة الى موضـوع معين، ويحاول قدر المستطاع اشباع هذا الميل كمن يميل إلى القراءة، فيجب دائما ان

يسعى وراء الكتب والبحث عنها وشرائها قراءتها كما يبتعد الفرد عن الاشياء التي لا يميل اليها.

ونستنتج من هذا الحديث أن الميل يحدد سلوك الانسان ويجعله يسلك سلوكا معينا ويتجنب سلوكا آخر وهنا يظهر دور الميل في عملية التكيف فإذا كان يميل الى اشياء مشروعة ومقبولة واتجه نحوها كان سلوكه حسن التكيف.(عويد المشعان، ١٩٩٣).

القدرات والاستعدادات:

ترتبط عملية التكيف والصحة النفسية بصورة كبيرة من سيكولوجية الفروق الفردية بصفة عامة والقدرات العقلية بصفة خاصة ويتزايد الاهتمام به في الوقت الحاضر بهدف وضع الفرد في نوع الدراسة ونوع العمل الذي يتناسب مع قدراته حتى يتوافر له قدر كافي من التوافق الشخصي- والاجتماعي يؤدي به الى زيادة الرضا عن العمل من ناحية والى رفع مستوى كفاءته من ناحية اخرى. (سعيد العزة، ١٩٩٩).

العوامل النفسية:

هناك مجموعة من العوامل النفسية التي ترتبط بشكل كبير بخلق نوع من التكيف لدى الفرد وخلق نوع من التواءم والتآلف في الناحية السيكولوجية في البناء النفسي للفرد وان وجود اضطراب في أحد الجوانب النفسية لدى الفرد يعمل على خلق نوع من الاضطراب لدى الفرد وفي شخصيته يعمل على زعزعة نمط الشخصية ويخلق لدى مجموعة من الامراض التي تترك الشخصية بصورة ضعيفة قابلة للتأثير بكل انواع المؤثرات الخارجية وتفكيك كل نواحي الشخصية وجعله انساناً مهزوم.

ويعد هذا العامل من اهم العوامل التي يبذل في سبيله العاملون في مجال الصحة النفسية والارشاد النفسي الجهد الكبير من اجل خلق بيئة مناسبة يستطيع الفرد من خلالها التعامل مع مختلف جوانب الحياة بصورة أكثر سلاسة وعدم الاصطدام المباشر بالاحداث التي تترك أثراً بالغ في الصحة النفسية للفرد وإكسابه طريقة ايجابية في التعامل مع هذه المشاكل.

الهستيريـــا

تعريف الهستيريا:

يمكن تعريف الهستيريا بأنها "مرض عصابي اولي يتميز بظهور اعـراض وعلامـات مرضية بطريقة لا شعورية تستهدف الحصول على منفعـة خاصـة او جلـب الاهـتمام او الهروب من المواقف الخطرة او الحماية من الاجهاد الشديد".

اما المعنى اللفظي او اللغوي للكلمة فقـد اشـتقت كلمـة هسـتريا مـن الكلمـة الاغريقية هسترا بمعنى الـرحم حيـث كانـت الفكـرة الشـائعة انـذاك ان مـرض الهسـترا يصيب النساء فقط وان سببه انقباضات عضلية في الرحم وبالطبع فقد ثبت خطـأ هـذه التسمية، فمرض الهستريا يظهر عند الرجال ولو أنه اكثر شـيوعا لـدى النسـاء، كـما انـه ليس للمخ علاقة وانما هو مصدر المخ. (مجدي احمد محمد، ١٩٩٦).

الهستيريا : صاغ ابقراط كلمة هستيريا وكان العـلاج يتكـون مـن محاولـة جـذب الـرحم المتحرك مرة اخرى الى مكانه السليم وفي اوقات اخرى كان هـذا السـبب المزعـوم يحول دون ان يصاب به الذكور وبعد ارتباطه بالسحر وصفت الهستيريا في ضوء الشخصيات الثنائية والمتعددة فالشخصية الواحدة تتبادل بوضـوح مـع اخـرى في نفس الجسد الواحد. (حسن عبدالمعطي، ١٩٩٨).

تاريخ المرض:

في العصور القديمة عند قدماء المصريين واليونان اعتقدوا أنه بسبب تجوله في الرحم في جسم المرأة طلبا للاشباع الجنسي وكان العلاج الذي يقدم انذاك للمريض من النساء عبارة عن زيوت ذات رائحة زكية تدهن بها الاعضاء التناسلية للمرأة فتساعد على ارجاع الرحم الى مكانه الأصلي. ويبدو ان سبب هذا الاعتقاد هو الاستفزاز الجنسي. فالشخصية الهستيرية من النساء لها جاذبيتها الجنسية.

- في العصـور الوسـطى: اسـتبعد التفسـير في السـابق الـذي كـان سـائدا عنـد المصريين واليونان واعتقد الفلاسفة والكهنة ان سبب هذا المرض هو احتـواء الارواح الشريرة لهؤلاء المرضى.

- في القرن السابع عشر: استبعدت الآراء السابقة بعد اعلان طبيب الملك هنري الثاني ان هذ المرض يصيب الجنسين وأن مصدره المخ، وليس الرحم او الروح الشريرة كما كان يعتقد سابقاً.

- في القرن التاسع عشر: كان شاركوه الفرنسي واوملن قد درسا الحالات العصابية النفسية لدى عدد كبير من الافراد في اواخر القرن التاسع عشر وكان رأيهما ان الاعراض الهستيرية تعود الى ضعف في الجهاز العصبي وهذا الضعف يهيئ الانسان لاكتساب هذه الاعراض بالايحاء ولم يرَ ان الاسباب النفسية اسباب أساسية في هذا المرض ولهذا بادر بعلاجهم بالايحاء والتنويم. (سعيد يعقوب، ١٩٩٠).

ثم جاء بعد ذلك جانيه، الذي يرجع اليه الفضل في اظهار الاسباب النفسية لهذا المرض، وقال بأن اعراض هذا المرض ما هي الا نتيجة تغليب اللاشعور على الشعور وذلك بانفصال بعض عناصر المجال الشعورية واستقلالها عن بقية الشخصية وعجزه عن السيطرة عليها. فتؤدي هذه العناصر المستقلة الى ظهور الاعراض المختلفة بشكل حاد لاثبات استقلالها فقد تكون هذه العناصر فكرة او انفعالاً او نمطاً من الحركات.

كما أن العوامل الجسمانية كالتعب والانفعالات العنيفة ومظاهر التغير في مرحلة المراهقة تؤدي الى التأثير على الجهاز العصبي وضعف قدرته على المقاومة فيؤدي الى تهيئة الاستعداد للمرض.

وجاء العالم النمساوي "فرويد" وذهب الى أن اسباب المرض تعود الى صدمات جنسية في طفولة الفرد وعادة ما يصيبها النسيان فتكبت لأن المجتمع يحرم تحقيق هذه الرغبات فتظهر هذه الاعراض المرضية.

اما العالم بافلوف: فقد ارجع سبب هذا المرض الى ضعف القشرة المخية مما يؤدي الى سيادة او سيطرة طبقات ما تحت القشرة التي تعتبر مسؤولة عن ظهور أعراض هذا المرض لاحتوائها على المراكز العصبية للأفعال المنعكسة التي تسبب الاعراض او التي تحول القشرة دون ظهورها اذا كانت تلك القشرة قوية.(مجدي أحمد محمد، ١٩٩٦).

التشخيص الفارقي بين الأمراض الحقيقية العضوية والأمراض الهستيرية:

١- في حالة الهستيريا لا يكشف المـريض عـن الخـوف والهلـع والمشـاعر الحقيقيـة التـي تصاحب الاصابة الحقيقية العضوية، ويعبر عن ذلك بحالـة اللامبـالاة النسـبية لـدى المريض الهستيري فالشخص الذي يصاب بالعمى الهستيري على حين فجأة لا تعتريـه ذات المشاعر التي تعتري من يفقد بصره.

٢- لا تتفق الاعراض الهستيرية مع أعراض الحقيقية للمرض الحقيقي فلا يحدث في حالة الهستيريا تلف عضلي في حالة الشلل الهستيري.

٣- الطبيعة الانتقائية او الاختيارية للأعراض الهستيرية، أي تظهر الاعراض في نوع معـين من النشاط ولا تظهر في سواه فالشخص العاجز عن استخدام يديه في الكتابة نجـده يستخدمها في أنشطة اخرى.

٤- الاعـراض الهسـتيرية يمكـن ازالتهـا عـن طريـق العقـاقير والتنـويم المغناطيسيـ امـا الاعراض الحقيقية فلا تزول بالتنويم. (عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

أسباب الاصابة بالهستيريا:

يمكن الاشارة الى هذه العوامل التالية كأسباب اكيدة او احتمالية للاصـابة بهـذا المرض:

١- الوراثـة: يجـد بعـض العلـماء في الوراثـة سـببا للاصـابة بالهسـتيريا ويخصـون ابنـاء المصابين بالأمراض العقلية كالفصـام والصرـاع وغيرهـا، او يكـون السـبب الناحيـة الاجتماعية من حياة الطفل في أسرة يعيش بينها المريض بالمرض العقلي، ويقال ان ابناء مدمني الخمر او مدمني المخدرات او المصابين بالسل الرئوي معرضـون اكـثر من غيرهم للاصابة بالهستيريا.

٢- عوامل تكوينية او الطبع المهيمن للمرض: وجود القابلية للاصابة بهذا المرض هـي وليدة التكوين ويمكن معرفته منذ طفولته بما يبدو منه أفعالاً شاذة وهو غالبا ما يكـون حساسـا سريـع الانفعـال خجـولا لا يقـوى عـلى مواجهتـه اتفـه وأصـغر المشكلات. (سعيد يعقوب، ١٩٩٠).

٣- البيئة والنشأة: ان البيئة غير الطبيعية التي ينشأ بها منذ صغره والتي تبحث عن عدم الثقة بالنفس والاعتماد على الغير وعدم القدرة على مواجهة الصعاب والتغلب عليها، وتكثر الهستيريا في العائلات الكبيرة التي تخضع لروح التعسف والشدة او في عائلات ينشأ فيها الطفل مدللا ويبقى بعيدا عن مواجهة صعاب الحياة.

٤- الايحاء: يعتبر الايحاء من اهم الاسباب للاصابة بالهستيريا واعتبر باينسكي ان جميع اعراض الهستيريا مصدرها الايحاء ويكون اما ذاتيا فيوحي الانسان لنفسه ما يظهر عليه من أعراض ومثال ذلك "سيدة اصيبت بشلل الطرفين السفليين بعد شعورها بألم بسيط في الظهر وبالفحص والمتابعة وجد انها منذ عام تقريبا وان حالة شلل في الاطراف السفلي القريب لها شكل اول مرة آلاما في الظهر.

او يكون الايحاء مكتسبا كأن يقرأ الانسان في كتاب او يسمع من طبيب عن مرض فلا يترك الكتاب الا وهو مقتنع بأنه مصاب او سيصاب بهذا المرض وتظهر عليه أعراض ذلك المرض.

٥- كبت الرغبات الجنسية: قد يكون الكبت في المجتمعات المحافظة سببا في بعض الأحيان لظهور اعراض مرض الهستيريا عند المراهقين او الشباب. (محمد الهابط، ١٩٩٨).

الشخصية الهستيرية:

تتميز الشخصية الهستيرية بعدة مميزات:

١- عدم النضج الانفعالي: أي عدم الثبات في العاطفة مع السطحية الانفعالية والذبذبة السريعة سواء في العاطفة او الصداقة وعدم القدرة على إقامة علاقة ثابتة نظراً لعجزه عن المثابرة ونفاذ الصبر سريعاً.

٢- الانبساط في المزاج: وتعدد المعارف والاصدقاء وحب الاختلاط والمرح ولكن كل هذه العلاقات الاجتماعية سطحية بلا عمق وثبات، حيث يكون كثير التبديل في الصداقات وغير متزن في تصرفاته وسلوكه الاجتماعي يتصف بالتبديل دون وجود حس اجتماعي في نمط هذه العلاقات.(محمد الطيب، ١٩٩٤).

٣- التمركز حول الذات والانانية ولفت الانظار واستدراك العطف والاعتزاز بالنفس وحب الظهور والاستعراض وفي بعض الاحيان الانبساط والاجتماعية وحب الاختلاط وعدم الاستقرار وكذلك الاعتماد على الآخرين والتواكل والانقياد والشعور بالنقص.

٤- العاطفية الزائدة والقابلية الشديدة للايحاء والمسايرة وحب المجاملة والمواساة والحساسية الشديدة، وسرعة الخجل وعدم النضج الانفعالي والتذبذب الانفعالي وتقلب المزاج وعدم التحكم في الانفعالات والسذاجة وسطحية المشاعر وعدم النضج النفسي الجنسي.

٥- المبالغة والتهويل والاستغراق في الخيال والسلوك يكون أقرب الى التمثيل والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج.(محمد الهابط، ١٩٩٨).

التصنيف الاكلينيكي للأعراض:

١- الهستيريا التحويلية:

في هذا النوع يتحول القلق الى أعراض وظيفية في أعضاء او اجزاء من الجسم هذا النوع لا يتحول الى الاحساس في مجال الشعور، اما بشكل منتشر وعام كما في عصاب القلق او بشكل محدد ويختار العضو المعني من تلك الاعضاء التي تغذى بواسطة الجهاز العصبي الحسي الحركي ومن امثلة هذه الاعراض نجد العمى وفقد الاحساس والاحساسيس الزائفة والشلل وغالبا ما يظهر المريض قلة الاهتمام او هدوءا نفسيا غير مبالٍ بهذه الاعراض او قد يصاب بالحساسية المفرطة او الزائدة كأن يشعر بالألم من التعرض لقدر عادي من الاضاءة او الاصوات.

٢- الهستيريا الانشقاقية التفككية:

يتميز هذا النوع بتنويعة واسعة من الانشقاق المؤقت في السلوك العادي مصحوبا بتغير ظاهري في حالة الوعي حيث يكون القلق عارماً فإنه يحدث انشقاق لبعض جوانب ووظائف الشخصية عن بعضها، وقد يكون انشقاقا عميقا يغير من هوية المريض والاعراض هي: النسيان المرضي، الهياج، التجوال الليلي، تعدد الشخصية وقد يكتسب الانشقاق صفة ذهانية لما قد يحدث او يهدد بأحداث تفكك الشخصية. (مجدي أحمد محمد، ١٩٩٦).

٣- الهستيريا التشنجية (الارتعاشية):

في الحالات الشديدة فيها يوجد شبه كبير بينها وبين الحالة الحقيقية لنوبات الصرع الكبير، ولكن الفرق ان الهستيري لا يؤذي نفسه اثناء السقوط ولا يفقد الوعي كليا وتختلف رسوم موجات المخ عنده عن مثيلتها عن الشخص المصروع وفي النوبات الخفيفة يفقد السيطرة على انفعالاته الحبيسة فيبكي ويضحك في نفس الوقت وفي نهاية النوبة يصبح المريض طبيعيا ويواصل انشطته اليومية وكأن شيئا لم يكن. (عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

العلاج من هذه الحالة:

يتلخص العلاج في النقاط التالية:

١- الكشف عن العوامل اللاشعورية النفسية المسببة للمرض، ويتم هذا اما باستخدام طريقة التحليل النفسي مع استخدام التنويم المغناطيسي في بعض الحالات التي يصعب التعرف فيها على اسباب المرض.

٢- اللجوء الى استخدام التخدير، وذلك لتسهيل عملية التفريغ الانفعالي خاصة في حالة فقدان الذاكرة او الصوت.

٣- الايحاء بالشفاء: يحاول المعالج حل صراعات المريض بطريقة غير مباشرة بعيدة عن أسلوب الوعظ والارشاد بل يعطي المريض فرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة.

٤- العلاج الكيميائي: يستخدم في بعض الحالات يحد من التخفيف من حدة القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية.

٥- العلاج بالصدمة الكهربائية: وتستخدم في بعض الحالات مثل حالات الهذيان وحالات الغيبوبة وتستخدم احيانا صدمة واحدة لإنهاء العرض ويبدأ بعدها العلاج النفسي. (مجدي أحمد محمد، ١٩٩٦).

وتجب الاشارة هنا الى عدم ادخال هؤلاء المرضى المستشفيات لقابليتهم الشديدة للايحاء، والتقليد ويزيد فرصة اقتصاصهم للأعراض الأخرى التي يعاني منها نزلاء تلك

المستشفيات ولهذا يجب علاجهم في عيادات خاصة الا في بعض الحالات الشديدة مثل حالات "العمى الهستيري والشلل شبه الهستيري".

الوسواس القهري:

يعد هذا الاضطراب من الاضطرابات العصابية التي تصيب الانسان وتؤثر على سلوكه وقد وردت عدة تعريفات لهذا الاضطراب منها:

"هي افكار او صور او اندفاعات غير واقعية تتسلط على تفكير الفرد وقد لا يستطيع التخلص منها بسهولة وتنتابه مثل هذه الافكار من حين الى اخر".(حسن منسي، ١٩٩٤).

كما انه عبارة عن " افكار و دوافع شعورية تتسلط على الفرد وتلح عليه، وذلك على الرغم من شعوره بسخافتها وبعرقلتها لسير تفكيره". (محمد الهابط، ١٩٩٨).

ومن التعريفات تعريف جمعية الطب العقلي: "على انه اضطراب من اضطرابات القلق يعاني فيه المريض من تسلط الافكار المزعجة على ذهنه والتي لا يستطيع التخلص منها رغم علمه بأنها افكار تافهة وهذا هو الوسواس".(عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

اما التعريف الرابع فهو "حالة نفسية قهرية تبدو في صورة افكار وخواطر شاذة غير منطقية تستبدل بالمريض وتلازمه كظله ولا يستطيع الخلاص منها مهما بذل من جهد ومهما حاول اقناع نفسه بالعقل والمنطق رغم شعوره بتفاهة هذه الافكار".(نعيم الرفاعي، ١٩٨٧).

"هي افكار تسلطية ترافق الانسان وتجعل سلوكه محكوماً بأداء مثل هذه الافعال". وبهذه الصورة التي تتضح من التعاريف السابقة ان هذا المرض يرتبط بمجموعة من الافكار التسلطية التي تعمل على سيطرة على عقول بعض الافراد بشكل غير عادي ويتردد على هيئة سلوك غير عادي ايضا مبالغ فيه مثل القيام في اعمال او حركات رغماعنهم وبغير ارادتهم.

ومع اقتناع الشخص الذي يمارس مثل هذه الافعال القهرية بعدم منطقية هذه الاعمال وعدم اتساقها مع معايير المجتمع وفي ذات الوقت لا يستطيع التحرر منها.

كما اننا ندرك من خلال هذه التعاريف ان الشخص المصاب بهذه الحالة تـؤدي به الى ارتكاب او اجراء مجموعة من الافعال القهرية الخارجية عـن الإرشـادات الفعليـة للشخص الذي يقوم بها قبل اقدامه على فعل معين كـما يمكـن أن تكـون هـذه الافعـال مرتبطة مع بعضها بصورة سلسلة تؤدي في النهاية الى الوصول الى الصورة النهائيـة التـي يقوم بها الفرد بالفعل الذي يريد.

وقد أشار فرويد الى وصف متكامل للعصاب الوسواسي القهري بقولـه "ينشـغل عقل المريض بأفكار غير سارة ويشعر باندفاعات تبدو غريبة بالنسبة اليه وانـه مـدفوع ليؤدي اعمالا لا تسره وليسـت لديـه القـدرة عـلى الامتنـاع عنهـا وقـد لا يكـون للأفكـار والوساوس معنى في ذاتها ولكنها مع ذلك أفكار مثابرة ومسيطرة على عقل المريض دائما فهي نقطة البدء في تركيز فكري مجهـد ينهـك المـريض وان عليـه ضـد ارادتـه ان يقلـق ويتأمل كما لو كان الأمر مسألة حياة او موت، وتتكون الاندفاعات في الغالب من بعـض الاشياء المخيفة حتى ان المريض لا يبتكرها على انها غريبة فحسب، بل إنـه ايضـا يهـرب منها في رعب ويحمي نفسه بالحذر والحـرص ضـد امكانيـة ظهورهـا وهنـا نشـير الى ان الوسواس والقهر متلازمان عادة وفيما مضى كان يطلق على هذه الحالة الوهن النفسي. (محمد الطيب، ١٩٩٤).

أعراض الوسواس القهري:

تعتبر الشخصية الوسواسية شخصية ذات استعداد للاصابة بهذا المرض وتسـمى بالشخصية الوسواسية وتتسم هذه القابلة للاصابة بصفات عديدة منها التردد والجمـود والشك والتزمت والاستحواذ والبخل وانعدام الثقة بالغير ومن هذه الاعراض هي:

١- هناك بعض العوارض البسيطة منها حركات عضلات الوجه او تلك الاعراض البسـيطة التي تظهر عند الاطفال مثل رفض الطفل تناول الطعام الا بطريقـة خاصـة وفي انـاء خاص وغيرها من الافعال تكون بداية لنشوء مثل هذه العرض للوسواس القهري.

٢- تحدث اعراض ووساوس الخوف من العدوى لدى الانسان اذا ما تسلطت عليها فكرة الاصابة العدوى اذا ما خالط الآخرين او صافحهم ويترتب عليه القيام بغسل يديه

والاستحمام عدة مرات ويتم فعل ذلك بالرغم من اعتقاده بعدم وجود هذه الصـورة الا انه يجد نفسه مدفوعا للقيام بهذا العمل. (فوزي جبل، ١٩٩٠).

٣- استبداد الافكار بالفرد وهذه الافكار تعاوده باستمرار وتحاصره ولا يستطيع التخلص منها مهما حاول ذلك كمن تستحوذ عليه فكرة ان الناس لا تحبه او كمن تستبد بـه فكرة فلسفية او دينية.

٤- الافعال القهرية وهي افعال يكررها الفرد رغم ارادته ورغم امتناعه بشـذوذها ومـن امثلة ذلك:

- التكرار القهري: مثل القيام بالفعل اكثر من مرة للتأكد من اتمامه.
- الافعال القهرية المتابعة- مثل ضرورة دخول أي مكان بالرجل اليمنى ثم اليسرى.
- النظام القهري- يتمثل في حرص المريض على وجود كل شيء في مكانه. (محمد الهـابط، ١٩٩٨)

٥- الخوف من الاوساخ والجـراثيم في تنـاول الاطعمـة والمشروبات مـما يكـون مـدفوعاً بالنظـام والمغـالاة في غسـل الاطعمـة وتطهيرهـا ويختـار لنفسـه ادوات خاصـة وفي الحالات الشديدة نجده يقوم بإعداد طعامه بنفسه.

٦- تظهر على المريض الوسواسي اعراض الخوف مـن الاشـياء خاصـة عاديـة لا يحـب ان يلمسها او يراها فمثلا اذ رأى سكينا غريبا في ان ترفع مـن امامـه فـورا لأنـه يشـعر بدافع نفسي قد يدفعه الى ارتكاب جريمة والغريب انه لا يعرف سببا لهذا العمل.

٧- ايضا هناك اعراض تظهر على الوسواسي حيث تبدو على افعالـه وبصـورة واضـحة في التردد وعدم الحزم حيث يقول ويقوم بأفعال شاذة تلفت النظر اليـه وتبعـث عـلى الناس علته النفسية ومن امثلة ذلك كثير.

٨- احيانا ايضا يعتقد المريض انه اصيب ببعض الامراض الخبيثة كالسرطان والسل او مـا شابهها بالرغم انه ليست هناك اعراض تبين الاصابة بهذا الامراض وبالتـالي يغـالي في الفحوصات والتحاليل وتناول الادوية.

٩- كما تتسم الشخصية القهرية بمظاهر الفضيلة والتمسك بالطقوس والتظاهر بـالكمال والاخلاق وهكذا يبدو صاحب هذه الشخصية شخصا فاضلا ولكنـه غـير سـعيد فـلا يستطيع ان يعيش السعادة ولا ان يمنحها للاخرين

وبهذه الصورة من الاعراض نجد ان الشخص صاحب الشخصية القسرية تتصل بما تبديه الاعراض الى الشخصية النرجسية التي تحاول ان تحيط بهذه الحالة من الحدود الواجب اتباعها في التعامل مع الناس

أسباب الوسواس القهري:

١. الوراثة:

تلعب الوراثة دورا كبيرا في اكساب الافراد هـذا الفعـل وهنـا لا نعنـي بالوراثـة انتقال الفعل بالجينات وانما من خلال تواجد الابناء مـع الآبـاء فيكتسـبون مـنهم هـذا المـرض أو طريقـة نشـأته فـإذا كانـت الاسرة مصـابة بالوسـواس فـإن الطبـاع والاعـراض القهرية المصاحبة للمرض تنتقل لأفراد الاسرة.

٢. التنشئة الاجتماعية الخاطئة:

حيث تلعب التربية المتزمتة الصارمة وتعنـت الوالـدين والقسـوة الزائـدة عـلى الابناء والكره والنبذ والقمع وغيرها من الأساليب الخاطئـة وكـل هـذا يـؤدي إلى العنـاد والعصيان لدى الطفل وان يحصر اهتمامه وتفكيره في نفسه كما تظهـر قيمـة التـأثيرات الوالدية في تكوين الاعراض القهريـة لـدى الطفـل فالآبـاء الـذين لـديهم سـمات قهريـة يميلون إلى تشجيع اطفالهم على اكتساب هذه السمات.(عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

٣. كما ارجع بعض العلماء اسباب هـذا المـرض إلى وجـود شـحنات كهربائيـة نشـطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماماً.

٤. الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة كالسرطان والسل والتيفوئيد وغيرهـا مـما يـؤدي إلى وجود افكار متسلطة تبدو في سلوك الخوف لدى المريض.

٥. وقد تكون من أسبابه ايضاً استخدام حيلة التكوين العكسي ومثال ذلك محاولة الفرد ايجاد سلوك مبالغ فيه تجاه شيء كان يبادله شعوراً معاكساً لما يحس به الآن مثل

الام التي لا ترغب بوجود طفل لها وتحاول انزاله وهو جنين تعمل على احاطته بحب كبير بعد ان يأتي. (فوزي جبل، ١٩٩٠).

تشخيص المرض وعلاجه:

١- عدم الخلط بين الافراد الذين يمكن ان تظهر عليهم اعراض المرض وبين اولئك الاشخاص الذين هم مصابون فعلا بذلك والفيصل في ذلك هو نسبة تكرار السلوك أو الفعل القهري. وظهور القلق والتوتر عند مقاومة اداء الفعل.

٢- ان تطغى الفكرة الوسواسية على السلوك القهري حيث ان الاساس في هذا المرض هو الفكرة والسلوك يأتي ثانياً.

٣- يجب الانتباه إلى العرض المؤدي إلى الوسواس القهري بعبارة مرض في حد ذاته اما ان الوسواس عرض لمرض عقلي آخر. ويجب التفرقة بينه وبين الهذاء والفصام والاكتئاب حيث يميل هؤلاء إلى ارتكاب مثل –هذه الافعال القهرية.

العلاج:

بعد الانتهاء من عملية التشخيص يأتي هنا دور العلاج والذي يتم استخدام طرق متعددة في علاج هذا المرض بتعدد النظريات الموجودة في علم النفس وهي باختصار كما يلي:

وجهة نظر التحليل النفسي:

ترى هذه النظرية ان المرض مبني في شخصية المريض وتمثل جزءاً من شخصيته، وينظر إلى شخصية المريض على انها تتصف بالجمود نتيجة حدة الصراعات الموجودة ويحاول اختراق هذه الشخصية للوصول إلى السبب الحقيقي وعلاجه.

وجهة نظر السلوكية:

يتبع اسلوب العلاج في ضوء هذه النظرية إلى ان السلوك الإنسان متعلم من البيئة وهي تحاول تعديل هذا السلوك بالاساليب العلاجية المتوفرة لديها مثل الكف بالنقيض أو التحصين التدريجي.

- وكذلك يتم استخدام العلاج الطبي والمهدئات والمنومات.
- والعلاج باللعب والعلاج البيئي الاسري.(فوزي جبل، ١٩٩٠).

الفصام:

يعتبر مرض الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وتسبب لـه المشاكل الكثيرة التي تبعده عن اهله واقربائه واصدقائه وتدفعه إلى العزلة والوحدة والانطواء على ذاته وليُزجْ في احلام خيالية لا تمت لـه ولا بواقعه وحقيقته بأية صلة. (مصطفى غالب، ١٩٨٣).

ورغم التقدم العلمي السريع الذي يشهده العالم الا انه لا يزال عاجزاً عن وضع تفسير واضح لسبب هذا المرض. حيث يعود التاريخ الحديث للفصام الى عام ١٨٥٦م الى العالم الفرنسي موريل الذي وصف حالة طفل في الرابعة عشر من عمره بعد ان تحول من طالب مجتهد الى مضطرب سلوكيا حيث استعمل مصطلح الخوف المبكر للدلالة على هذا المرض.

وبعد ذلك جاء الدكتور هيكر عام ١٨٧٠م واستعمل مصطلح صفرينيا لوصف حالة من المرض العقلي الشديد .(وليد سرحان، ١٩٩٨). ويمكن ان نقول انه اصبح من الممكن معالجة الامراض العقلية والنفسية ويمكننا ان نقول بانه اصبح بالامكان معالجة كافة الامراض العقلية والنفسية في عيادات خاصة منتشرة في كافة انحاء العالم سواء كان فصاماً أو غيره من الأمراض وذلك للتقدم العلمي.

تعريف الفصام:

وردت تعريفات كثيرة لطبيعة مرض الفصام كان اغلبها يركز على طبيعة هذا المرض والاسباب التي تقود اليه وبعضها الآخر يركز على وصف السلوكيات المرضية التي تنتج عن المريض وبعضها عن الفروق بينه وبين غيره من الامراض. ومن هذه التعريفات على سبيل المثال لا الحصر :

مصطلح الشيزوفرينيا هو المصطلح الذي وضعه العالم يوجين بلولر في مطلع هذا القرن والمصطلح يتكون من لفظتين هما شيزو ومعناها انقسام او تجزئة او فصام وفرينيا معناها العقل، وقد جاءت هذه التسمية لتحل مكان مصطلح الخرف المبكر، الذي وضعه العالم كربلاين في نهاية القرن الماضي ، وقبل هذين المصطلحين الحديثين نسبيا فإن حالات المرض الشيزوفريني قد اعتبرت ضمن المصطلح السائد في الحضارة المعينة

للتدليل على المرض العقلي وهناك مصطلحات عديدة لذلك مثل الجنون والخبل والعته والمنغوليا وغيرها من الألفاظ. (علي كمال، ١٩٩٤).

وقد يعرف الفصام على انه: "احد الامراض الذهانية ويبني هذا التعريف على الوصف الكامل لمظاهر المرض والاضطرابات السلوكية والفكرية واضطرابات الادراك والارادة بالاضافة للاوهام والهلاوس حيث ان التعريف يقوم على وصف مظاهر المرض، فهذا قد يؤدي الى تفاوت في التعريف والحدود بين طرف وآخر وتبرز أهمية التعرف في اجراء البحوث والدراسات والتصنيفات اما تعريفه فكان قد اعتمد في السنوات الاخيرة كما جاء في التصنيف العالمي للأمراض او التصنيف الامريكي الرابع الصادر عن الجمعية العلمية الامريكية للاطباء النفسيين. (وليد سرحان، ١٩٩٨).

وبهذه الصورة نجد ان الفصام هو عبارة عن مرض عقلي ذهاني يصيب الانسان ويبعد به عن المعيار اللازم ليكون في حدود السواء العقلي حيث يصاحب هذا المرض اضطراب واضح في مستوى الاداء الشخصي للافراد ومدى سلامة سلوكهم ناتج عن خلل واضح في مراكز الدماغ كما يرافق هذا المرض الذي يصيب الانسان مجموعة من الهلاوس السمعية والبصرية والتي تزيد الامر تعقيداً من حيث ارتباطها بالادراك وطبيعة هذه الادراكات على طبيعة التفكير والتصرف الذي يمكن ان يخرج الانسان عن الواقع.

اشكال الفصام:

تم تصنيف الفصام الى انواع عدة وفقا لنوع الاعراض السائدة في كل منها وسوف نعرض اهم انواع الفصام واشكاله ثم تقسيم الفصام الى تسعة اقسام من المنظور الاكاديمي حيث اتفقت هيئة الصحة العالمية الى تقسيمه عام ١٩٦٨ الى تسعة أقسام هي:

١- **الفصام البسيط**: حيث يعتبر هذا النوع من الفصام من أصعب انواع هذا الفصام تشخيصا لأنه لا تظهر على المصاب بعد اعراض حادة يمكن ان تشير الى امكانية الاصابة به او وجوده لدى هذا الشخص كما انه يصعب تفرقته عن بعض الامراض الاخرى او الاضطرابات الشخصية وله مميزات عديدة منها ان يبدأ في سن مبكر وينتشر عند اقرباء المرضى وموظفي الدرجات الدنيا. كما ان المصاب به عادة ما يكون هادئا خجولا اكثر من اللازم يميل الى العزلة قريباً من والدته لدرجة انها هي

٧ التي تدير اموره حيث انـه يصـل الى الطبيـب بعـد ان تتـدهور حالتـه ويتطـور معـه المرض الى درجات متقدمة .

٢- **الفصام العقلي**: واهم ما يميز هذا النوع من الفصام اضطرابات التفكير بكـل الانـواع التي ذكرناها سابقا خاصة صعوبة التركيز في الدراسة والحفظ لأن هذا النوع يهـاجم الفرد في سن مبكرة أي عنـدما يكـون المصـاب لا يـزال عـلى مقاعـد الدراسـة حيـث يصبح الفرد يدور في حلقة مفرغة ويتحول به الحال الى اصابته بتبلـد انفعـالي والى عدم التركيز ثم بدء الهلوسة حيث تبدأ حياته باضطرابات في السـلوك مـع تصرفـات اندفاعية غريبة غير مفهومة.

٣- اما الفصام النموذجي فهو اقل شيوعا بكثير عن ذي قبل يتميز بـه المصـاب بأسـلوب هائج غير واضح الهدف ثم تخمد ثائرة المـريض تـدريجا حتـى يصـل الى حالـة مـن السلبية والانسحاب والجمود الحركي شبه تام وفي الحالات النموذجية يصبح المريض مثل التمثال اذ يتخذ أوصافاً كالتمثال محتفظـا بهـا لسـاعات او ايـام الى ان يحركـه احد ليطعمه او يأخذه الى فراشه ويبدو المريض منقطعاً عن العالم الخـارجي ولكـن هذه بصورة ظاهرية حيث انه وبعد ان يتجاوز هذه الحالة يسـتطيع ان يقـص كـل شيء حدث من حوله ولكنه يكون غير قادر على التحرك بأي حركة.

٤- **الفصام الخيلائي**: هو نوع مـن الفصـام يقـل حدوثـه عـن بقيـة الأنـواع الاخـرى مـن الفصـام، ويتميـز هـذا النـوع بالهـذاءات والهـلاوس دون اثـر للاضـطرابات الاخـرى للفصام واحيانا تكـون شخصـية المصـاب متكاملـة مـع بعـض الاستبصـار لدرجـة ان المريض يحاول تكرار الاعراض والتي لا تظهر الا اذا اثير اثارة شديدة

٥- **الفصام الحـاد**: يتميـز هـذا النـوع بظهـور اعـراض مسـامية حـادة فجائيـة يصـحبها التشوش في الوعي واختلاط التفكير والاحساس كأنه في حلم دائـم وبتحـول المعرفـة وتنتهي هذه الحالة بعد اسابيع او شهور دون تـدهور، وقـد تتحـول الى أحـد انـواع الفصام التي ذكرناها.

٦- **اما الفصام الكامن**: الذي تختفي فيه بعض الاعراض المعروفة للفصام فيعتمد على الاحساس بالسلوك الشاذ الغريب الغامض الذي ينتهجه المريض مع اضطرابات مقلقة للانظار في الوجدان وقد يتعرض المريض لحالات تجمع ظواهر اكتئابية او اعراض مرح مع ظواهر الفصام، ويميل هذا النوع من الفصام الوجداني الى نوبات متكررة يشفى بعدها المريض ولا بد الاشارة الى وجود انواع اخرى من الفصام غير محدودة كالذهان الدوري الذي قسمه العلماء الى ذهان القلق والنشوة وهو عبارة عن نوبات شديدة من القلق او المرح مصحوبه بهذاءات وبعض الهلاوس وهي متأتية من اضطرابات اولى في المزاج.

كيفية التشخيص:

ان عملية تشخيص الفصام تعتمد على انظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها والتي تقوم على اخذ السيرة المرضية بدقة والفحص النفسي للمريض، ولا بد استبعاد اضطرابات المزاج والامراض الذهانية الناتجة عن استخدام الادوية والعقاقير المخدرة التي تعمل على إدخال الانسان في حالة من الهلوسة ويجب على الطبيب ان يكون حذراً في التفريق بين اعراض المرض نفسه والأعراض غير المألوفة او بدايات حالة الذهان او الارتكاس. (وليد سرحان، ١٩٩٨).

ويعد تشخيص الفصام من الامراض التي يكون بها التشخيص من السهل الممتنع حيث ان المعالج لا يجد صعوبة في تشخيص بعض الامراض حيث يستطيع ان يصل الى هذا التشخيص في بضع دقائق بينما يجد نفسه مضطراً الى استغراقه وقتاً اكبر للوصول الى نتيجة في حالة اخرى. وربما يعود ذلك الى ان اسباب هذا المرض غير واضحة وغير معروفة وعدم وجود مقياس يحدد وبدقة ماهية هذا المرض.

ويعد الدور الذي يقوم به الطبيب في عملية التشخيص الدور الاخير حيث يأتي بعد التشخيص الذاتي للمرض ودور المجتمع في ملاحظة الاضطراب ثم بعد ذلك يأتي المريض الى الطبيب وقد اخذ المرض منه ما اخذ، ويعتمد الطبيب في عملية التشخيص على مقابلة المريض، وما يقوله عن نفسه وواقعه كما يتم مقابلة اهل المريض واخذ المعلومات منهم ويمكن ان تتأثر عملية التشخيص في العوامل الثقافية حيث يمكن ان

تخضع عملية التشخيص لظروف البيئة التي يوجد بها المريض كما ان اختلاف الطبيب يؤدي الى اختلاف التشخيص وكل ذلك يعود الى غموض اسباب المرض وعدم وضوحها مما يؤدي الى وجود اختلاف في عملية التشخيص.

العلاج:

يعد علاج الفصام من الامور المتوفرة في الغالب بالرغم من بعض الصعوبات التي تواجه المعالج من بداية عملية العلاج كصعوبة التشخيص او اكتساب ثقة المريض وجعله انساناً متعاوناً ويتم استخدام مجموعة من الطرق العلاجية في علاج هذا المرض ومنها:

١- العلاج الفيزيائي:

هو العلاج الذي يبنى على أساس مادي ويمكن قياسه وتعيينه ضمن مجال المواد الفيزيائية وطاقاتها كما هو الحال في مجال المادة والطاقة وهو بذلك يختلف عن وسائل اخرى غير مادية كالعلاج النفسي والعلاج المحيطي والاجتماعي والتي تحدث آثارها عن طريق فعل مادي او طاقة فيزيائية والطرق المادية عديدة ويمكن لها ان تشمل كل شيء ضمن حدود المادة.

٢- علاج الغيبوبة الانسلونية:

وذلك من خلال حقن المريض بحقن من الانسولين تؤدي الى زوال التهيج والاعراض الهذيانية من الذين يتناولون المواد الكحولية والمخدرات، وقد شاع استخدام هذه الطريقة لعدة سنوات الى ان تم التخلي عنها تدريجياً. (علي كمال، ١٩٩٤).

٣- العلاج الدوائي:

يعتقد كثير من المعالجين في الوقت الراهن بأن مرض الفصام عبارة عن اختلال في الكيمياء الحيوية للمخ ويعتقد آخرون بأن تلك التغيرات انما هي نتيجة للفصام وليست سببا له تاما مثلما ان اختلال التمثيل الغذائي في مرض السكري نتيجة للمرض وليس سببا له وقد ثبت ان العلاج الدوائي يكون اكثر فاعلية حال استخدامه مع العلاج النفسي. (عاطف أحمد، ١٩٩١).

٢

الفصــل الثانــي

محتويات الفصل الثاني

* الشخصية ونظرياتها

- تعريف الشخصية
- تصنيف تعريفات الشخصية
- بناء الشخصية
- محددات بناء الشخصية
- دينامية الشخصية
- أنماط الشخصية
- الشخصية السوية واللاسوية
- نظريات الشخصية

* الشخصية نظام من السمات

- تعريف السمات
- نظرية البورت
- نظرية كاتل
- نظرية ايزنك
- نموذج "الخمسة الكبار" للشخصية
- تقييم نظريات السمات

* الشخصية نظام للطاقة النفسية

- نظرية التحليل النفسي
- مدرسة التحليل النفسي الحديث
- نظرية أريكسون
- نظرية ادلر
- يونغ
- نظرية كارن هورني
- نظرية سويلفان
- نظرية الحاجات الإنسانية (موريه)

* الشخصية نظام معرفي سلوكي

- نظرية التعلم
- نظرية التوقع
- نظرية المتغيرات الشخصية

* الشخصية نظام لتحقيق الذات

- نظرية الذات وروجرز
- نظرية ماسلو وتحقيق الذات

* الشخصية نظام من الأنماط والسمات

- نظرية السوائل
- نظرية سيرانجر
- نظرية يوردل

* روز الشخصية

* اختيارات الشخصية وأساليب قياسها

- قياس الشخصية
- عينات السلوك وتقديراته
- سلالم التقدير
- الاختبارات الموضوعية
- المقابلات
- الاختبارات
- الاضطرابات السايكوسوماتية
- بعض الأمراض السيكوسوماتية

الشخصية

تعريف الشخصية اصطلاحا:

تـأتي كلمـة "شخصـية" في اللغـة العربيـة مـن "شـخص" وقـد جـاء تعريـف كلمـة شـخص في معجـم "لسـان العـرب"، إنهـا تعنـي جماعـة شـخص الإنسـان وغـيره، وهـو كـذلك سـواء الإنسـان تـراه مـن بعيـد، كـل شيء رأيـت جسـمانه فقـد رأيـت شخصـه وفي معنـى آخـر للشـخص "أنـه كـل جسـم لـه ارتفـاع وظهـور والمـراد بـه إثبات الذات فاستعير عنها لفظ الشخص".(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦، ٣٦)

وقـد أورد ملحـم (٢٠٠١). توضـيحا آخـر لتعريـف الشخصـية لغـة إضـافة لكونـه سـواء الإنسـان وغـيره يظهـر مـن بعـد وقـد يـراد بـه الـذات المخصوصـة، وتشـاخص القـوم اختلفـوا وتفـاوتوا، وجمـع كلمـة شـخص مـن القلـة "أشـخص" وفي الكـثرة شـخوص وأشـخاص. وأكـد الرفـاعي (١٩٨٧). إن الشخصـية هـي كلمـة حديثـة الاسـتعمال قـد لا يتـوفر لهـا تعريـف في معـاجم اللغـة العربيـة، وان وجـدت فإنهـا تعنـي صـفة تميـز الشـخص عـن غـيره وأن اسـتعمالها يـأتي أساسـا مـن معنـى كلمة شخص أي كل ما في الفرد مما يؤلف شخصيته الظاهرة.

ويـأتي تعريـف الشخصـية في اللغـات الأخـرى متقاربـاً وجميعهـا مشـتقة مـن الأصـل اللاتينـي للكلمـة *person* حيـث تعنـي "القنـاع" الـذي يلبسـه الممثـل في العصـور القديمـة، حيـث كـان يقـوم بتمثيـل دور أو حـين كـان يريـد الظهـور بمظهـر معين أمام الناس فيما يتعلق بما يريد ان يقوله أو يفعله.

تعريف الشخصية:

مـن خـلال اطـلاع المؤلـف عـلى عـدد مـن المؤلفـات القديمـة والحديثـة لم يـتم الوصـول إلى تعريـف محـدد لمفهـوم الشخصـية وهـذا شيء صـعب، حيـث لم نجـد مفهومـا محـددا اتفـق عليـه العلـماء، فالشخصـية مـن المفـاهيم التـي تختلـف في معناهـا تبعـا لاتجاهـات مـن يقـوم بتعريفهـا وتبعـا لاهتماماتـه العلميـة، والطريقة التي ينظر بها إلى طبيعة الإنسان أو الفلسفة التي يؤمن بها.

فعلماء النفس ينظرون لمفهوم الشخصية على انه مفهوم معقد يتكون من عوامل كثيرة ومتداخلة بحيث لا يمكن فصلها أو تحليلها على انفراد.

وقد أوضح القذافي (١٩٩٣) انه رغم التباين في الآراء حول مفهوم الشخصية إلا انه يمكن الاتفاق على بعض الخطوط العريضة التي تنبثق منها المفاهيم الشخصية وهي:

١- ان الشخصية تشير الى الأساليب الثابتة للسلوك والسمات التي يتميز بها الأشخاص والجماعات والثقافات على اختلاف أنواعها.

٢- إن الشخصية تهتم بالتنظيم البنائي الخاص بالأساليب السلوكية.

٣- إن الشخصية تشمل مجموع التفاعلات بين تلك الأنماط السلوكية والتغيرات الداخلية التي تحدث للفرد من جهة والمثيرات الخارجية من جهة أخرى.

تصنيف تعريفات الشخصية:

وقد قام العديد من الكُتاب في تصنيف التعريفات للشخصية من حيث الجانب الذي تم التركيز عليه تعريفا وهذه التصنيفات هي:

١- تعريف الشخصية من حيث اهتمامها بالشكل والمظهر الخارجي الموضوعي.

٢- اهتمامها بالمكونات الداخلية وتركز على المفاهيم الدينامية أو الأساسيات.

٣- اهتمامها بها من حيث هي منبه أو مثير أو استجابة أو متغير أو وسيط.

٤- تعريفات مجتمعية تعنى بالتوافق بين الفرد وبيئته.

٥- تعريفات مركبة تشمل واحدة أو اكثر من الفئات السابقة(القذافي، ١٩٩٣)، وسيقوم المؤلف بعرض كل صنف من الأصناف المذكورة والتعاريف الخاصة به.

التعريفات التي تهتم بالشكل والمظهر الخارجي:

عرف جيلفورد المشار اليه في القذافي الشخصية بأنها نمط السمات التي تميز فرداً ما. وتقع في هذا الاتجاه التعريفات التي بقيت على نظريات الأنماط أو تقسيمات الوجه أو مقاييس الجمجمة.

يجد المؤلف ان التعريفات التي تصنف تحت هذا البند تركز على عدة أمور أهمها:

١- الجانب الاجتماعي: حيث يقوم الكاتب بعرض انطباعاته الشخصية عن الفرد عن طريق دفعه بالشدة أو اللين أو باللطف أو الخشونة وبالخجل أو الشجاعة أو بالمرح أو الحزن.

٢- أو التركيز على الصفات الجسمية وهو ما يمكن ملاحظته بسهولة وقياسه ومراقبته ومراقبة تطوره مثل الغضب أو الثورة أو الاندفاع أو التردد وغيرها.

٢- تعريف الشخصية كمثير:

"وهي تعني مجموع ما يحدثه الفرد من تأثير في المجتمع أو هي العادات أو الأفعال التي تحدث أثرها بنجاح في الآخرين" (سامي ملحم، ٢٠٠١، ١٥).

ويعّرف واطسن الشخصية بأنها مجموع أنواع النشاط التي يمكن التعرف عليها من سلوك الفرد عبر فترة كافية من الزمن؛ أي ان الشخصية ليست سوى النتائج النهائية للعادات المنظمة لدينا.

٣- تعريف الشخصية من حيث الاهتمام بالدينامية.

إن ايزنك المشار اليه في القذافي (١٩٩٣)عرّف الشخصية بأنها: "ذلك التنظيم الثابت والدائم إلى حد ما لطباع الفرد ومزاجه وتكوينه العقلي والجسمي والذي يحدد أساليب توافقه مع بيئته بشكل مميز.

٤- التعريفات التي تركز على التوافق أو التكيّف:

تعرف الشخصية بأنها كل الاستعدادات والنزعات والميول والغرائز والقوى البيولوجية الفطرية والموروثة.

ويرى **باودن** أن الشخصية هي تلك الميول الثابتة عند الفرد في تنظيم عملية التكيّف بينه وبين بيئته، ويرى برت ان الشخصية "هي ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبيا، التي تعد مميزا خاصا

للفرد والتي يتحدد بمقتضاه أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية".(رمضان القذافي، ١٩٩٣)

ويعرف جريفيت الشخصية بأنها مجموع الصفات التي يتصف بها الفرد والناتجة عن عملية التوافق مع البيئة الاجتماعية وهي تظهر على شكل أساليب سلوكية معينة للتعامل مع العوامل المكونة لتلك البيئة.(نعيم الرفاعي، ١٩٨٧)

تعريفات في الشخصية:

يرى بلانت ان الشخصية تتكون من ثلاثة أجزاء هي:

١- العوامل الثابتة الأساسية والأصيلة.

٢- الاتجاهات العقلية أو العادات التي يتم تشكيلها في وقت مبكر من الحياة وتتميز بدرجة عالية من المرونة.

٣- باقي مكونات الشخصية الأخرى.

ويشتمل تعريف **بلانت** هذا على الجوانب الطبيعية الفطرية والموروثة والصفات والسمات التي يتم اكتسابها من البيئة وباقي مكونات الشخصية.

وقبل أن ينهي المؤلف فقرة التعريفات فضل أن يضيف اليها بعض التعريفات الأخرى منها:

ريموند كاتل يعرف الشخصية تعريفا رياضيا يتفق مع ما أطلق عليه معادلة التخصيص والتي يبدأ منها التحليل العاملي فيذكر، "ان الشخصية هي ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الشخص عندما يوضع في موقف معين".

ويعرف **لويس كامل** وآخرون الشخصية تعريفا إجرائيا وهي: ذلك المفهوم أو الاصطلاح الذي يصف الفرد من حيث هو كل موحد من الأساليب السلوكية والادراكية المعقدة التنظيم التي تميزه عن غيره من الناس وبخاصة في المواقف الاجتماعية (الصفطي، مكاري والدمنهوري، ٢٠٠٠).

وهناك تعريف آخر للشخصية هي "المجموع المتكامل المترابط للاشتراطات الداخلية الممتزجة بواسطة كل المؤشرات الخارجية وتتمركز كل عمليات وسمات الشخصية في حدتها الدياليتكية إلى هذه الاشتراطات الداخلية

حيث تدرك سمات الشخصية على إنها نوعيات للعمليات النفسية نشأت في عملية التفاعل الإيجابي للفرد مع ظروف حياته".

الشخصية في التراث العربي الإسلامي:

ويوضح ربيع (١٩٩٨) مفهوم الشخصية في التراث العربي الإسلامي من وجهة نظر إخوان الصفا، وهم جماعة نشأت في منتصف القرن الرابع الهجري في مدينة البصرة في العراق ولهذه الجماعة أراء هامة في موضوعات علم النفس المختلفة حيث عرضوا أراءهم في مجموعة من الرسائل اشتهرت باسم "رسائل إخوان الصفا". ويرى إخوان الصفا ان شخصية الإنسان تعتمد أساسا على تضافر عاملين أساسين هما الوراثة والبيئة أو الأخلاق المكتسبة.(محمد شحاتة ربيع، ١٩٩٨، ١٦٧)

الشخصية وسماتها كما وردت في القرآن الكريم:

ان القرآن الكريم أورد وصفا للشخصية الإنسانية وسماتها ولبعض أنماطها أو نماذجها العامة كما ميز القرآن بين الشخصية السوية وغير السوية ووصف العوامل المكونة لكل من السواء وعدم السواء في الشخصية، وحدد أنماط الشخصية الإنسانية بثلاثة أنماط تشتمل على عدد من السمات الشخصية وهي: ١- المؤمنة ٢- الكافرة ٣- المنافقة. (ملحم، ٢٠٠١).

بناء الشخصية

ان الشخصية هي بناء معقد ومتداخل يصعب فيه تحديد بنية رئيسية لتكون المكون الأساسي لبناء الشخصية لذلك حاولنا التوصل لمعرفة الجوانب المتميزة في البناء العام لشخصية الفرد قدر الامكان، وذلك لنتمكن من دراستها. وإذا تمكنا من تحقيق هدف كهذا فإنه يصبح بمقدورنا فهم بعض التناقضات السطحية في سلوك الفرد فقد ينجم عن الفرد بعض السلوكيات التي تبدو متناقضة للبعض والتي قد تكون في الحقيقة ليس كذلك بل يرجع هذا التناقض إلى عدم معرفتهم بحقيقة ذلك البناء وطبيعة تركيبه، وعليه فإن الدراسات الاكلينيكية قد انطلقت في فهمها للسلوك الإنساني من محاولة فهمها للشخصية بهذه الطريقة.

فعالم النفس الاكلينيكي في محاولاته لفهم سلوك مرضاه فإنه يحاول وصف المظاهر السلوكية لكل واحد منهم، سوية كانت ام مرضية وفي إطار ثابت ومحدد ومن تفسير سلوك الفرد من خلال ذلك الإطار.

محددات بناء الشخصية:

كيف يتكون البناء العام للشخصية؟ العديد من الباحثين طرحوا مثل هذا التساؤل وكانت الإجابات متقاربة فمنهم من أجملها بعدة أمور هي:

١- الوراثة.

٢- النضج وأسلوب التنشئة خلال مرحلة الطفولة.

٣- الدوافع الاجتماعية التي تكتسب عن طريق التعلم.

٤- الطرق المستخدمة في عملية الإدراك. (عدس، ١٩٩٧).

وحددت سهير احمد (١٩٩٩). إن تكوين الشخصية يمكن النظر اليه في ضوء محددات أربعة هي:

١- التكوينية (البيولوجية).

٢- عضوية الجماعة.

٣- الموقف.

٤- الدور الذي يقوم به الفرد.

وفيما يلي شرح لكل من هذه الجوانب:

الشخصية والوراثة:

يركز أنصار الاتجاه البيولوجي اهتمامهم على مجالات متعددة أهمها:

دراسة الوراثة، ودراسة الأجهزة العضوية، والعلاقة بين وظائفها الشخصية ودراسة التكوين البيوكيميائية والفردي للفرد". (سهير أحمد، ١٩٩٩، ٥١)

ويرى عدس انه من الضروري ان لا تشمل دراستنا للجانب الوراثي للفرد بعد الولادة فقط بل يجب ان تأخذ بعين الاعتبار العوامل التي أثرت عليه قبل الولادة إلى جانب ما تمنحه الوراثة للفرد حيث يختلف الأطفال في نموهم

وتطورهم. فقد يولد طفل أذكى من غيره وذلك بسبب ما ورثه من دقة الحواس وسلامة الجهاز العصبي، ويختلف كذلك الأفراد عن بعضهم البعض بحكم الخبرات التي يتعرض لها والتي تنقسم إلى نوعين:

أ- الخبرات العامة التي تشترك بأقل الأفراد الذين يعيشون في ظل البيئة الحضارية الواحدة، وان من أهم تأثيرات الثقافة على الفرد هي ما تعرضه عليه من ادوار في حياته فادوار الذكور تختلف عن ادوار الإناث بحيث يتولد عن ذلك سلوك يميز الجنس الواحد عن الآخر. حيث أن كثيراً من الأدوار إلى جانب ان الثقافة تؤثر على كل أفرادها وتضفي عليهم صفات شخصية مشتركة ولكن يبقى لكل فرد صبغته الخاصة.

٢- الخبرات الخاصة: وهي التي يمتاز بها الفرد ، فكل فرد يختلف عن الآخر ولا يسهل التنبؤ به من خلال الأدوار التي تعرضها الثقافة المشتركة على الأفراد الذين يعيشون وفقا لها. ان الفروق الفردية في الاستجابات بين الأفراد يكون مردها إلى البنية البيولوجية المميزة لكل فرد وان القدرات الموروثة تخضع في الغالب لعملية التطبيع الاجتماعي من خلال تأثير بعض الأشخاص البارزين في حياته. ويجب ان لا يغيب عن أذهاننا ان نفس العامل الاجتماعي أو الثقافي الواحد قد يعطي نتائج متباينة من فرد لآخر في حين اختلف وتشابه مع غيره في تلخيصه لمحددات الشخصية، وذلك من خلال تحديده لمنظومتين رئيسيتين متداخلتين ومتفاعلتين مع بعضها البعض وهما: المنظومة البنائية، المنظومة الاجتماعية.

١- **البنائية**: ويقصد بها بنية الفرد من ناحية الأجهزة المختلفة فيه كالجهاز العصبي والجهاز الغددي والجهاز الدوري إضافة إلى الأنسجة المختلفة والخلايا في تلك الأنسجة وفي الدم والعظام وتشترك الكائنات البشرية تشريحيا بهذا البناء. (سامي ملحم، ٢٠٠١)

وقد حاولت المدرسة السلوكية تطبيق وجهة نظر داروين، في البناء الإنساني في تجاربهم مستخدمين الحيوانات وحاولوا تعميم النتائج التي توصلوا إليها على الإنسان وعلى وجه الخصوص مجموعة القوانين التي تحكم السلوك الحيواني خاصة ما يرتبط منها بالتعلم. إلا انه برزت بعض الاختلافات النوعية بين الإنسان والحيوان وابرز هذه الاختلافات:

١- إن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يتعامل بالرمز "اللغة" المكتوبة أو المرسومة أو المسموعة.

٢- إن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يتعامل مع المحسوس والمجرد وهو كذلك الوحيد الذي يستطيع أن يسيطر ويتحكم في بيئته أو يغيرها لصالحه عن طريق العمل الإنساني.

٢- المنظومة الاجتماعية:

يقصد بها الثقافة التي يعيشها الفرد وينخرط فيها والتراث التاريخي والحضاري له، لذلك فإن دراسة الشخصية بطريقة محددة في المجتمعات المختلفة شيء مستحيل لأن الشخصية تعكس التراث الحضاري لأي مجتمع نعيش فيه حيث تعكس الظروف البيئية المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد.

وتؤثر اتجاهات الفرد على علاقته بالآخرين كما ترتبط بمجموعة العوامل البيئية الأخرى وينتج عن هذه الاتجاهات في صورتها الإيجابية شعور الفرد بالاطمئنان والحب والانتماء مع وضوح مفهوم الذات لديه. وقد تؤدي علاقة الفرد بالآخرين في حالة انحرافها إلى انحراف الشخصية واتجاهها في مسار غير اجتماعي.

ويرى **ألبرت** المشار اليه في القذافي (١٩٩٣) ان أساس الشخصية يتكون من العوامل الوراثية التي يولد الفرد مزوداً بها والتي تتركب من ثلاث مجموعات هي:

١- عوامـل يشـترك فيهـا جميـع أفـراد النـوع وتتعلـق بالمحافظـة عـلى الحيـاة مثـل الانعكاسـات والـدوافع وعمليـات التـوازن الـداخلي وهـي عمليـات مرتبطـة بالجهاز العصبي.

٢- عوامـل وراثيـة تنتقـل عـن طريـق نـاقلات الصـفات الوراثيـة وتتعلـق بـالجنس البشري ولون بشرته..الخ.

٣- الاسـتعداد للقيـام بعمليـات تكـوين الارتباطـات حيـث ان الإنسـان يولـد مـزوداً بقدرة طبيعية على التعلم.

دينامية الشخصية:

هنـاك ثلاثـة مبـادئ أساسـية أشـار إليهـا ملحـم (٢٠٠١) تسـاعد في تفسـير السلوك الإنساني ومن ثم فهم الشخصية وهذه المبادئ هي:

١- خفـض التـوتر واعـادة التـوازن: لقـد أوضـح فرويـد المبـدأ الـذي يعمـل عليـه الإشـباع للحاجـات الـذي يـؤدي بـدوره إلى اختـزال التـوتر واعـادة حالـة الاتـزان الفسـيولوجي للفـرد ويـتم ذلـك وفقـا لأي ظـاهرة (لإشـباع- الإحبـاط)، التـي يعاني منها في مرحلة الطفولة وفقا لمبدأي اللذة والواقع.

٢- الفعاليـة (التـأثير) في البيئـة: هـذا المبـدأ يركـز عـلى ان الأمـر لا يقتصرـ عـلى إشـباع الحاجـات الفسـيولوجية والنفسـية للطفـل فقـط بـل يتعـداها إلى تحقيـق الـدافع نحـو التـأثير الفاعـل في بيئتـه ويعـد اللعـب احـد الأدوات التـي تكشف عن مدى الحاجة لهذا التأثير من جانب الطفل.

٣- النمـو بالفعـل والنمـو بـالقوة: ويقصـد بـالنمو بالفعـل زيـادة في عـدد الخلايـا ومـن ثـم الأنسـجة إضـافة إلى كـبر الأعضـاء وزنـا وحجـماً ويسـمى هـذا النمـو بـالنمو الكمـي. ويصـاحب هـذا النمـو نـوع آخـر مـن النمـو يسـمى النمـو الكيفـي أي انـه يمكـن لعضـو في الجسـم كـان يـؤدي وظيفـة محـددة في سـن معـين ان يـؤدي وظيفـة أخـرى مضـافة في سـن تـأتي وهـذا يـؤدي إلى تقصـير في الوظائف.

أمـا النمـو بـالقوة: يعنـي أن هنـاك حـافزاً أو دافعـاً داخـل الفـرد يحـاول أن يجعـل الشـخص مسـتقلا ويـدفع بـه إلى درجـات أعـلى مـن النمـو. أي أن هنـاك إمكانيـة

داخلية للفرد إذا ما أتيحت لها الفرصة وجدت ظروفاً مناسبة من التوافق فإن ذلك يؤدي إلى ما يسميه (ماسلو) بتحقيق الذات في حين يسميه (ادلر) بدافع الكفاح من اجل التفوق والتي سيأتي شرح آرائه لاحقاً.

تحديد طابع الشخصية:

وقد ربط النوري (١٩٨١). بناءا على دراسته لما قدمه كارندر حول تحديد ملامح الشخصية الأساسية حيث ربط ما بين الأنماط الحضارية السائدة لديهم وعلاقتها بالشخصية وأهم هذه النقاط هي :

١- الرعاية الوالدية.

٢- النظام الروحي والفلكلور.

٣- تاريخ الحياة الفردية والشخصية الأساسية.

تكامل الشخصية:

وقد حدد ميخائيل (١٩٩٢). عامل الشخصية بعدة أمور ربطها بها وجعل الأساس فيها للانتماء وهي:

١- الانتماء الأسري .

٢- الانتماء البيئي.

٣- الانتماء الوطني.

٤- الانتماء السياسي.

٥- الانتماء العرقي.

٦- الانتماء الثقافي.

٧- الانتماء المهني.

٨- الانتماء الاقتصادي.

٩- الانتماء التاريخي.

١٠- الانتماء الروحي.

أنماط الشخصية:

ويحدد شفيق (١٩٩٧) عدداً من أنماط وأشكال الشخصية المختلفة منها:

١- الشخصية الاضطهادية:

وهي عبارة عن شخص قليل الصداقات فهو لا يحب ان يكوّن صداقات مع الآخرين وخاصة العائلية، حيث يسعى لعزل أسرته عن الآخرين وإذا كان شخصاً متزوجاً فهو شخص سيئ الظن متشدد ولا يثق في اقرب الناس اليه ويعتقد بخيانة كثيرين من الناس له، كما تمتاز هذه الشخصية بفشلها في التعامل مع الآخرين ولا تثق بهم وشكاكة غيورة جدا وعلى مستوى العمل يفضل العمل بمفرده ولا ينجح في التعاون مع الآخرين والعمل ضمن فريق ويمتاز بأنه كاتم للأسرار لا يبوح بالسر.

٢- الشخصية الهستيرية:

وتظهر لدى النساء أكثر من الرجال حيث يميل أصحاب هذه الشخصية إلى حب الظهور وجذب الانتباه وخاصة الجنس الآخر وتتصف بسرعة الانفعال وتقلب المزاج والعاطفة القوية المتغيرة تتبنى اتجاهات نصح وإرشاد الآخرين وهي شخصية غير متزنة انفعاليا لها رد فعل اشد مما يتطلبه الموقف يراها الآخرون بأنها مندفعة ذات مشاعر، مشاعرها رقيقة وهي تتأرجح في مزاجها من المرح إلى الاكتئاب والعكس، وبسرعة وبدون أسباب واضحة وتبريرات قوية كما يسهل عليها بالايحاء. وعلى مستوى العمل تصلح في مجال العلاقات العامة.

٣- الشخصية الاجتنابية:

وهي الشخصية التي تتجنب الآخرين وتفضل عدم التعامل معهم والسبب عائد إلى أنها تخاف أن يرفضوها على الرغم من أنها تتمنى تكوين علاقات مع الآخرين إلا أنها تفشل في تحقيق ذلك. ويفضل أصحاب هذه الشخصية العزلة والانفراد حيث تحدث له في الغالب أعراض قلق مع الآخرين. وهذه الشخصية ينصح بعدم إعطائها وظائف تتطلب احتكاكاً مباشراً ومستمراً مع الأفراد.

٤- الشخصية السلبية العدوانية:

أصحاب هذه الشخصية كثيري الشكوى ويشعرون بظلم وهمي ويسعون لتحقيق عدم الاستقرار لمن حولهم ويشجعهم على الدفاع مما تعرضوا له من ظلم، ينسحبون دائما من المواقف ويميلون للتسويف والتأجيل كسولين في العمل ولا ينفذون ما يوكل اليهم وتتراكم عليهم واجباتهم باستمرار ولا يؤدون عملا في توقيته ولا يتحملون مسؤولية.

٥- الشخصية النرجسية:

صاحب هذه الشخصية يسعى دائما لتعظيم ذاته له طموح عال كثير التفاخر بالماضي والحاضر ويدعي بعض صفات النبل والشرف والتميز، أناني ويحب الشعور بالأهمية وبأنه شخصية ذات أهمية، لذلك فهو دائما يسعى للحصول على مراتب عليا في المجتمع ليتحكم بالآخرين. وهو كذلك كثير الكلام ثرثار يحب أن يظهر بمظهر الخبير العالم وهو قريب من صفات الشخصية الهستيرية.

٦- الشخصية الإجرامية: (السيكوباثية):

هو شخص لا يستجيب للثواب والعقاب يعادي أجهزة النظام كالشرطة، مادي يستغل الجميع لتحقيق مصلحته الذاتية، أناني صاحب ضمير ضعيف ولا يتحمل المسؤولية ويحب تحقيق اللذة بأية وسيلة ويسعى للحصول عليها في كل مكان بأي ثمن ولا يتعلم من أخطائه يميل إلى الانحراف الجنسي إلى الإجرام، متملق وصولي مادي، وعلى مستوى العمل يحتاج لمتابعة مستمرة وسيطرة وتهديد بالعقاب مع عدم التساهل معه.

٧- الشخصية المؤذية للذات (الماسوكية):

شخصية تسعى دائما لخدمة الغير ولو على حساب نفسه ويحب أن يلعب دور الشهيد رغم انه غير مطلوب منه ذلك ويقسو على نفسه وقد يحرمها أو يعذبها وهي شخصية تسعى دائما لعمل الخير للجميع ويساعدهم ويضع نفسه في

مواقف صعبة مما يشكل عبئا عليه، عاطفي يسهل جرحه له كبرياء واضح وعلى مستوى العمل يمكن أن يستغل.

٨- الشخصية النظامية (الوسواسة):

صاحب هذه الشخصية سيئ الظن متردد عنيد مبالغ في واقعه وروتيني في عمله وهو غير مرن محب للنظام ولا يتقبل أي شخص مخالف له في الرأي ويهتم بطقوس معينة في حياته اليومية وهو رقيق جداً في مواعيده وملتزم جدا في أعماله ومنظم اكثر من اللازم وهو عرضة اكثر للاكتئاب لأنه غير مرن ولا يستطيع أن يقبل المختلفين عنه ويؤدي أعماله برتابة وفي زمن طويل. لذلك فهو يصلح في المجال التنفيذي الدقيق ولكنه لا يصلح في مجالات التخطيط والإبداع.

٩- الشخصية الانطوائية شبه فصامية:

خجول جدا غير اجتماعي صفاته قريبة من صفات الشخصية الاجتنابية مع فارق أن الشخصية الاجتنابية تبتعد عن الناس لأنها تخشاهم أما الشخصية الانطوائية فهي تبتعد عنهم لأنها لا تريدهم.

١٠- الشخصية مصاحبة النمط:

غريب التفكير يؤمن بالسحر والغيب والجن والخرافات واسع الخيال وهي شخصية مرضية ويحتاج إلى علاج ويعتقد أن له قدرات خاصة، ويجب العمل على علاجه.

١١- الشخصية الاعتمادية:

لا يتحمل المسؤولية، دائم الاعتماد على غيره لا يستطيع أن يتخذ قراره بمفرده فهو يفضل أن يكون تابعاً لغيره وإذا فقد الشخص الذي يعتمد عليه اصابة قلق شديد وتوتر بالغ لذلك فهو لا ينصح بتولي مناصب قيادية.

١٢- الشخصية البينية (الاندفاعية):

دائم المشاكل في أي عمل يوكل اليه يميل لإيذاء نفسه له ميول انتحارية، مندفع جدا سريع وكثير السمو على أفعاله. يتصرف دون تفكير ومن

السهل إثارته نادرا ما يعيش في هدوء حتى مع المقربين اليه ومع زملائه أو جيرانه، عاطفي وتسهل إثارته.

الشخصية السوية واللاسوية:

إن علماء النفس لا يتفقون على ما يعتبر سوياً أو ما يعتبر غير سوي فالخط الفاصل بين الاسوياء وغير الاسوياء دقيق للغاية وصعب التحديد لذلك لجأ بعض العلماء إلى تعريف مصطلح السوي باعتباره قدرة الفرد على التكيف إلا أن علماء آخرين رفضوا ذلك واعتبروا أن السواء اشمل وأوسع من مجرد التكيف ويعتبرون أن التكيف للبيئة يدل على شخصية غير سوية بقدر ما يدل عليه عدم التكيف.

وقد قام **هيلجادر** المشار اليه في عدس (١٩٩٧) وضع ست أساسيات في فهم السواء الذي على أساسه تحدد الشخصية السوية من غير السوية وهي:

١- الإدراك الفعال للواقع.

٢- المعرفة بالذات من حاجات ودوافع ومشاعر بدرجة كافية.

٣- احترام الذات وتقبلها.

٤- ممارسة الضغط الإرادي على السلوك والقدرة على توجيهه.

٥- إنشاء العلاقات العاطفية السليمة.

٦- الإنتاجية: أي أن يستخدم الشخص السوي قدراته في نشاط منتج وعمل خلاق وان يكون لديه إقبال إيجابي على الحياة.

وكما هو الحال في عدم الاتفاق على تعريف محدد للسواء فإن مفهوم اللاسواء ليس بأفضل حال فقد استخدم علماء النفس اكثر من معيار لتحديد ماهية السلوك اللاسوي في المراحل المختلفة لتطور عملهم إلا أن جميع المعايير المستخدمة بقيت تعاني من نواقص تجعلها غير صالحة للاستخدام وحدها بمعزل عن المعايير الأخرى فمنهم من يلجأ إلى المعيار الإحصائي: الذي يرى أن السلوك الشاذ أو غير السوي هو الذي لا يحدث بكثرة وينحرف عن السلوك

المـألوف مـن النـاس ويخـالف سـلوك أكثريـتهم فمعيـار السـلوك غـير السـوي هنا هو قلة تكرار السلوك وكونه غير نمطي.

أمـا المعيـار الآخـر فهـو المعيـار الاجتماعـي الـذي يعتـبر مـا تـم الاتفـاق عليـه من قبل النـاس في مجتمـع مـا سـويا ومـا شـذوا عنـه فهـو غـير سـوي وذلـك إذ اعتـبره المجتمـع أن السـلوك الصـادر عـن الفـرد خطـر ومثـير للقلـق بمعنـى آخـر فـإن لكـل مجتمـع قواعـده وقوانينـه فـإذا قـام الفـرد بسـلوك يـدل عـلى تجـاوز وفـرق لهـذه القواعد المتفق عليها في ذلك المجتمع فإن هذا التصرف يعتبر غير سوي.

والمعيـار الثالـث هـو المعيـار الشخصيـ: ومعيـار المشـاعر الذاتيـة للفـرد أو مـا يعـرف بالضـغط أو القسرـ الـذاتي ويسـتخدم هـذا المعيـار مـن قبـل علـماء الـنفس الاكلينيكيـين ويعتـبرون السـلوك الشـاذ كـل سـلوك ينظـر اليـه الشـخص نفسـه كسلوك غير سليم ويأتي من حالة نفسية يسودها القلق والتعاسة.

فمعظــم الــذين شخصــوا كمــرضى نفســيين يتصــفون بــالبؤس والقلــق والانقبـاض والأرق وفقـدان الشـهية إضـافة إلى أعـراض مرضـية مختلفـة والمعيـار الرابـع هـو: معيـار القيمـة التكيفيـة للسـلوك الفـردي فالسـلوك السـوي هـو السـلوك التكيفي والوسواسي هو سلوك لا تكيفي وله عواقب سيئة للفرد وللمجتمع.

ومـن قـراءة متمعنـة للتقسـيمات السـابقة والمتضـمنة لمحـاولات تعريـف السـلوك السـوي وغـير السـوي فجميعهـا تسـاعد اكـثر شيء في التشخيصـات الاكلينيكيـة ونجـد ان هـذه التعـاريف: "تنظـر إلى محتـوى السـلوك أي أفعـال الشـخص والسـياق الاجتماعـي الثقـافي الـذي يظهـر فيـه سـلوك الفـرد ونتـائج ذلـك السلوك على الفرد والمجتمع".

أمـا فرويـد فقـد نظـر إلى الشخصـية السـوية وغـير السـوية عـلى انهـما مـدفوعتان مـن الأعـماق بـدوافع الهـو غـير العقلانيـة اللحوحـة في طلـب اللـذة والعـدوان وان الشخصـية السـليمة تتصـف بـالتوازن بـين مكوناتهـا النفسـية الـثلاث: ألهـو والأنـا والانـا الأعـلى وبيـنما يجاهـد الهـو عـلى ان يكـون مولـد السـلوك فالانـا والأنـا الأعـلى يمارسـان دورهـما في تحديـد نـوع السـلوك الـذي يحـدث فعـلا وهـذا لا

يعني ان هذه المكونات النفسية الثلاث تعمل بانسجام تام بل يوجد صراع فيما بينها وان القوة أو السيطرة تنتقل من واحد إلى آخر.

وينظر للشخصية الشاذة أنها تكون مدفوعة أساسا بدوافع غير عقلانية تحددها خبرات الطفولة ومدرسة التحليل النفسي تنظر للشخصية السوية وغير السوية بأنهما متصلتان بمعنى ان الشذوذ يكون مختلفا في الدرجة وليس في النوع فعندما يضطرب التوازن بين الهو والأنا والانا الأعلى يظهر الفرد عدد من الأعراض فإذا اضعف الانا الأعلى فإن الدوافع العدوانية للهو قد تكون لها اليد العليا فتظهر على الفرد أنواع من السلوك الشاذ مثل السلوك المضاد للمجتمع. (راضي الوقفي، ١٩٩٨).

الشخصية نظام من السمات:

هنا سوف يتحدث المؤلف عن النظريات التي تعنى بسمات الشخصية وكما أسلفنا سابقا فان العلماء لم يتفقوا على تعريف موحد للشخصية وذلك لصعوبة الإحاطة بمختلف جوانب الشخصية وهناك من علماء النفس من اهتم بظاهرة السمات واكد على الدور الذي تلعبه في تشكيل الشخصية:

ويرى الوقفي (١٩٩٨) إن النظريات التي تتعلق بالسمات فإنها تشتمل على افتراضين هما:

١- إن سمات الشخصية تعكس مواصفات مقررة مسبقا وهي ثابتة نسبيا للتعرف بأساليب معينة في المواقف المختلفة وتفسير امكان التنبؤ بالسلوك.

٢- إن الناس يختلفون في مدى ما يمتلكون من سمة معينة الأمر الذي يعني انه لا يشبه أحداً غيره في جميع السمات والنتيجة تكون تنوعا غير محددة من الشخصيات الإنسانية الفريدة.

وقبل أن نبدأ باستعراض النظريات الخاصة بالسمات لا بد لنا ان نتعرف على ما هو المقصود بمفهوم السمات.

تعريف السمات:

السمة هي: "نزعة ثابتة نسبياً توجه سلوك الفرد وتصرفاته". (راضي الوقفي، ١٩٩٨)

ويعرفها القذافي (١٩٩٣) بأنها "طريقة دائمة للتأثير على السلوك بشكل نسبي في المواقف المختلفة التي ترتبط معا بعلاقة معينة.

ويرى **ايزنك** بأن السمة هي "مجموع الاستجابات التي تم التعود عليها". (وليد سرحان، ١٩٩٢)

والسمة هي "أي خصلة أو خاصية أو صفة ذات دوام نسبي ، يمكن ان يختلف فيها الأفراد فتميز بعضهم عن بعض، أي أن هناك فروقا فردية فيها، وقد

تكون السمة وراثية أو مكتسبة، ويمكن أن تكون كذلك جسمية أو معرفية أو انفعالية أو متعلقة بمواقف اجتماعية".

ويرى **جيلفورد** المشار اليه في عبد الخالق (١٩٩٦) بأن السمة هي أي جانب يمكن تمييزه وذو دوام نسبي وعلى أساسه يختلف الفرد عن غيره.

وقد قسم القذافي (١٩٩٣) السمات الى ثلاثة اقسام وهي:

١- **السمات الفسيولوجية:** ومن اشهرها السمات الكيميائية التي قادت العلماء إلى ربط الشخصية بإفرازات الغدد وأقدم هذه النظريات هي التي وضعها (أبيقراط) واشار فيها إلى ارتباط الصفات المزاجية بسوائل الجسم.

٢- **السمات المورفولوجية:** وهي السمات المتعلقة بالشكل العام الخارجي للجسم وللسمات الجسمية تأثير على شخصية الفرد ويمكن قياسها والتعامل معها بطرق متعددة.

٣- **السمات السلوكية:** وهي الاستجابة للمثيرات بطريقة معينة في المواقف المتشابهة أو ذات العلاقة ببعضها البعض.

وأهم النظريات التي تتحدث عن السمات هي:

نظرية البورت:

وفيها اختار **البرت** أنواعاً مختلفة من السمات من خلال قائمة تشتمل على (١٨) ألف صفة سلوكية وأوضح كما ورد في الوقفي (١٩٩٨) أن هناك:

أ- سمات مشتركة وأخرى فردية.

ب- سمات مركزية وأخرى ثانوية.

والفارق بينهما هو سعة تأثير السمة على غيرها من السمات الأخرى فالسمة المركزية تؤثر على كل سلوك يصدر عن الفرد الثانوية اقل تأثيرا من الرئيسية إلا أنها تميز شخصية الفرد إلى حد كبير وتؤدي إلى أن يتصف السلوك بطابع عام ثابت نسبيا ويعتقد (البورت) بإمكان وصف الشخصية بعدد من السمات المركزية تتراوح بين (٥-٨) سمات.

والسمة بالنسبة **لالبرت** هي منظومة نفس عصبية تخص الفرد ولديها القدرة على نقل العديد من المنبهات المتعادلة من الناحية الوظيفية وتهدف الى التعبير عن السلوك التوافقي مؤكدا على ان السمات تكون متكاملة في الشخص وليست خيال الملاحظ وهذه المنظومة يمكن ملاحظتها من الخارج عن طريق السلوك. (سامي ملحم، ٢٠٠١)

نظرية كاتل:

قام كاتل بتلخيص قائمة البورت إلى (١٧١) صفة بعد ان حذف منها الكلمات المترادفة والألفاظ الغريبة . وريموند بارنارد كاتل عالم نفسي- إنجليزي هاجر إلى أمريكيا منذ وقت بعيد وعمل أستاذا باحثا في جامعة (الينوي) ومديرا لمعمل تقدير الشخصية وتحليل السلوك من عام (١٩٤٥) حتى عام (١٩٧٣).

وقد توصل **كاتل** إلى ٢٠ سمة اعتبرها سمات مصدرية يمكن استخدامها في تفسير السمات السطحية وبيان العلاقات القائمة فيها، ومن السمات المصدرية التي أشار اليها، متحفظ، متفتح، متهيج، منفر..الخ.

نظرية ايزنك:

ايزنك عالم ألماني المولد والنشأة حصل على درجتي الدكتوراه من جامعة لندن. ويشير ايزنك إلى إن بحوث الشخصية يجب ألا تقيد نفسه بفحص قطاعات صغيرة بل يتعين أن يتم دراستها بوصفها كلا وبجميع الطرق الممكنة للقياس حيث إنها ليست اكثر إقناعا من عوامل مستخرجة من مادة تجريبية جمعت بواسطة طرق مختلفة .

وأوضح ايزنك أهمية العوامل الوراثية في تشكيل الشخصية ونموها، ودرس علاقة التشريح بالشخصية وتأثير العقاقير في الشخصية، وهناك (٥) عوامل أساسية في وصف الشخصية وهي:

١- عامل الانبساط.

٢- عامل الذهنية.

٣- عامل المحافظة مقابل التقدمية,

٤- عامل العصابية.

٥- عامل الذكاء. (عبد الخالق، ١٩٩٦).

وقد استخدم ايزنك منهج التحليل العاملي لدراسة بنية الشخصيات السوية والفطرية وكان ذلك من خلال تحليل الإجابات التي وردت على استبانة وزعها في ٣٥ بلدا في العالم.

نموذج "الخمسة أبعاد" للشخصية

يعد **كوستا وماكريه** رائدين في فتح المجال أمام الكثيرين من الباحثين لإيجاد (٥) أبعاد في الشخصية توصلا إليها عن طريق المنهج العلمي، وعناصر هذا النموذج هي:

١- الانفتاح.

٢- الضمير.

٣- الانبساط.

٤- الموافقة.

٥- العصابية (الوقفي، ١٩٩٨).

تقييم نظريات السمات:

أولاً: لقد تم توجيه النقد لهذه النظريات بأنها وصفية مهمتها تحديد الأبعاد التي تتسم بها الشخصية لكنها لا تفسر لنا أسباب ذلك ولا تساعدنا على فهم ما يحيط بالسلوك المعين.

ثانياً: ما يؤكده العديد من العلماء إن قائمة مؤلفة من عدد من الأبعاد سواء كانت خمسة أو عشرة أو غيرها صعب أن تستوعب تعقيد هذه الشخصية وتحيط بالمسالك التي لا يمكن أن تسلكها في المواقف المحتملة"(الوقفي، ١٩٩٨).

ثالثاً: الشخصية نظام للطاقة النفسية:

تعتبر النظريات التي قامت على هذا الأساس أن الشخصية هي عبارة عن نظام متكامل من الدوافع والحوافز والحاجات والاندفاعات أو هي شكل من

أشكال الطاقة النفسية اللاشعورية في الغالب التي تكمن في الفرد وأهم هذه النظريات هي كالتالي:

نظرية التحليل النفسي

تعتبر هذه النظرية من النظريات الرائدة في مجال الشخصية لبنائها المحكم وتنظيمها في مراحل متتابعة تشمل فترة طويلة نسبيا من عمر الإنسان واهتمامها بالتفصيلات الدقيقة التي تحاول تفسير دوافع السلوك الإنساني وأسباب انحرافه، وقد اتجهت هذه النظرية إلى تأكيد اثر العوامل الفطرية والدوافع الطبيعية كالرغبات والحاجات وارتباطها بشحنات نفسية وان السلوك الحالي لأي فرد مهما كان عمره يرتبط بمجموع خبراته السابقة التي مر بها خلال المراحل الأولى من عمره.

مكونات الشخصية وبنائها:

يشير المؤلف إلى أن فرويد انفرد بنظرته للشخصية بما يلي:

١- **ألهو :** وهو محور الشخصية والأساس الذي يقوم عليه بناؤها حيث تعتمد في نشأتها على الصفات الفطرية لذلك فهي تحتفظ بطبيعتها البدائية والطفولية من الحياة ولا يمكن السيطرة على ألهو لأنها بعيدة عن متناول يد الإنسان، ونظراً لاصرارها على تحقيق شهواتها فإن ذلك يدفعها عن طريق القصور الذهني الى التعويض عن عدم الإشباع لحاجاتها كما يحصل في الأحلام وتقوم الأنا بالتدخل من اجل تقديم حلول مناسبة.

٢- **الأنا:** إذا كانت الهو هي الجهاز الذي يعمل على تلبية متطلبات الدوافع الفطرية بشكل يخدم مصلحة الفرد "فان (الأنا) هي الأداة التي تقوم على تهذيب تلك الحاجات والرغبات النظرية. وكلما قويت سلطة (الأنا) كان سلوك الفرد اجتماعيا، فالأنا هي الجهاز الذي يمكّن الشخصية من المواءمة بين المتطلبات الشخصية والواقع، وتستطيع الانا إما أن تلبي مطالب الهو أو تؤخرها أو تكفها وتمنعها من تحقيقها كل حسب حالته، وهناك ثلاثة جوانب تميز الأنا وهي:

١- أنها تقوم بتعديل طريقة تصريف طاقة الهو عن تأخذ تلبية متطلباتها أو كفها.

٢- أنها تقوم بعمليات الإدراك والتقييم ودمج المثيرات القادمة.

٣- أنها تعمل على تنمية المهارات اللازمة للتنسيق بين الدوافع الداخلية والطرق الاجتماعية المناسبة لتعريف الطاقة.

٣- الأنا الأعلى: ويسمى صوت المجتمع أو الضمير ويمثل تعاليم المجتمع وطرق التربية السائدة فيه والقيم المتوارثة والعادات والتقاليد وهو يمثل المثاليات ويهتم بمسائل الصواب والخطأ حتى يجعل السلوك متوافقا مع متطلبات الوسط الاجتماعي في أكمل صورها حيث تعتبر (الأنا الأعلى) الجزء الثالث الأساسي في بناء الشخصية وتبدأ الأنا الأعلى في الظهور والتطور خلال مراحل الطفولة.

وتعمل الأنا الأعلى على تأدية عدد من الوظائف أهمها:

١- العمل على كف رغبات (الهو) والوقوف في وجه دوافعها وخاصة ما يتعارض منها مع السلوك الاجتماعي والمعايير المثالية.

٢- مساعدة الأنا على استبدال بعض الأهداف غير الاجتماعية بأخرى تتماشى مع متطلبات البيئة الاجتماعية من جهة والعادات والتقاليد من جهة أخرى.

الحياة العقلية النفسية

لقد نادى فرويد بوجود ثلاثة مستويات في طبقات العقل هي الشعور وما قبل الشعور واللاشعور.

١- الشعور: هو طبقة العقل تمثل كل ما تعنيه ويمكن الوصول اليه فورا من آراء وصور وذكريات وأفكار وما شابه. والشعور هو أمر نسبي يرتبط بزمان ومكان معينين فما يكون شعورياً الآن قد لا يكون كذلك بعد فترة. إذ يمكن ترحيل الخبرات السلوكية الشعورية إلى الذاكرة للاحتفاظ بها بعد الانتهاء من التعامل معها أو استخدامها وتحل محلها أفكار واستجابات جديدة في مركز الشعور.

٢- **ما قبل الشعور:** تتألف من الخبرات العقلية التي لا يمكن الوصول إليها فورا ويحتاج إلى بعض الوقت والجهد لاستدعائها. وعادة ما تتمثل في الذكريات السابقة التي تبذل بعض الجهد لتذكرها ويشير فرويد إلى أن اصل جميع الأفكار الخاصة بالفرد ومجموع الاستجابات التي يقوم بها هي لا شعورية في بدايتها غير أن بعضها قد ينتقل إلى مرحلة وسط هي مرحلة ما قبل الشعور وذلك قبل ان تصبح في متناول الشعور.

٣- **اللاشعور:** لقد نظر العلماء الى اللاشعور على انه حالة طارئة غير ذات أهمية كبيرة واعتقد فرويد بأن اللاشعور هو أهم مستويات الحياة العقلية وبأنه محور السلوك ويستند مفهوم اللاشعور على وجود قوة ذات تأثير في داخل الفرد تعمل على دفعه إلى القيام بنشاطات سلوكية معينة لأسباب لا مبرر لها ظاهريا بينما تتوارى أسبابها الحقيقية التي تعود إلى أيام الطفولة عن ذهن الفرد مما يجعل الصلة غير ظاهرة بين مظاهر السلوك ومصادرة وتعبر مكونات اللاشعور عن نفسها بعدة طرق أهمها:

١- فلتات اللسان.

٢- التنويم المغناطيسي.

٣- الأحلام.

٤- الاستبصار.

٥- الأعراض الهستيرية.

٦- الذكريات المدفوعة:

وفي شرحه لآليات الدفاع ذكر الوقفي (١٩٩٣) أن الأنا تقوم بعدة تدابير لحماية الذات وهي:

١- **التسامي:** يقوم الأنا بتحويل الطاقة الجنسية والعدوانية الى دوافع منتجة ومقبولة اجتماعيا تخفي ما خلفها اخفاء تاماً.

٢- **الكبت:** يعد الكبت نقيض التسامي. والكبت ليس تفريغاً للطاقة والتوتر بمقدار ما هي محاولة للقفز عنهما.

٣- **الإضـفاء:** إن الرغبـة المكبوتـة يمكـن تعريفهـا بالإضـفاء أي بنسـبة هـذه الرغبـة إلى الغير.

٤- **التكـوين العكسيـ:** وسـيلة خادعـة لا شـعورية تنشـأ كالإضـفاء لإشـباع حاجـة مكبوتـة يقـوم الأنـا بآليـة التكـوين العكسيـ بتحويـل التعبـير عـن الرغبـة المكبوتة إلى سلوك شعوري معاكس ومناقض لها تماماً.

٥- **التسـويغ:** يلجـأ الفـرد الى آليـة التسـويغ حيـنما يقـوم بعمـل غـير مقبـول عـن الغير فيبحث عن مسوغات مقبولة من الغير.

٦- **الإبـدال:** يحـدث الإبـدال عنـد توجيـه ردود الفعـل العدوانيـة نحـو منبـه بـريء لا نحـو المنبـه المثـير للعـدوان لأن الهجـوم عـلى هـذه المنبـه قـد لا يكـون في إمكانية الفرد.

٧- **النكوص:** وذلك عندما يقوم الفرد بفعاليات لا يمارسها إلا من هو دونه سناً.

٨- **التعـويض:** أن يقـوم الشـخص بتعـويض شـعوره بـنقص في ناحيـة مـا بـأن ينتمـي لسلوك يغطي به نقصه.

٩- **الـتقمص:** أن يميـل الشـخص بالانـدماج في شخصـية غـيره ممـن يمكـن ان تلبـي لـه تلك الحاجة.

تطور الشخصية في ضوء نظرية التحليل النفسي:

تـرى المدرسـة التحليليـة أن تطـور الشخصـية يـتم عـن طريـق محاولـة الفـرد التغلـب عـلى المصـادر المؤديـة إلى شـعوره بعـدم الراحـة النفسـية ويلاحـظ بمـرور الفـــرد بمراحـــل متعـــددة ابتـــداء بمرحلـــة المهـــد ومـــرورا عـــبر مراحـــل الطفولـــة والمراهقـــة والنضـــج حيـــث نضـــج الشخصـــية موحـــدة الجوانـــب هـــو مـــا يســـمح بانسـياب القـوة مـن جـزء إلى آخـر مـن أجـزاء الشخصـية الثلاثـة وهـي الهـو، الانـا، الانا الأعلى)

مدرسة التحليل النفسي الحديثة (الفرويديون الجدد)

تمثـل وجهـة نظـر مخالفـة بعـض الشيـء لمدرسـة التحليـل النفسيـ التقليديـة حيث ترى أن فرويد قد أعطى أهمية كبيرة للدور الذي تلعبه الدوافع الفطرية

والموروثة في التأثير على السلوك وانه يجب التركيز بدلا من ذلك على الدور العام الذي تلعبه العوامل البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد وعلى ما لدى الفرد من خبرات سلوكية مكتسبة من جهة أخرى. كما ترى أن هدف السلوك الوحيد ليس مجرد تخفيف حدة الضغط النفسي أو التخلص من الألم والقلق لأن الفرد مخلوق لديه القدرة على الإدراك والاختيار ووضع القرار والسيطرة على سلوكه وتحمل المسؤولية ذلك ليس مجرد أداة تلعب بها القوى اللاشعورية.

الشخصية ونظرية اريكسون

يعتبر **اريكسون** من اشهر علماء مدرسة التحليل النفسي الحديثة ويتميز بأنه استطاع أن يضع آراءه بطريقة عملية في الأشكال التي تصوره لتطور الشخصية من خلال ثماني أزمان أو مراحل تستمر عبر حياة الفرد من مولده إلى مماته ويرى اريكسون بأن الصراع ما بين الدوافع والعوامل البيئية هو الذي يؤدي إلى التأثير على مكونات الشخصية وعلى تطورها ويرى كذلك إن تطور الشخصية يستمر مدى الحياة كما يؤكد على أهمية الزمن الحالي والمستقبلي.

إن أهم التعديلات التي ادخلها اريكسون على نظرية فرويد وتتمثل في أمرين:

١- التأكيد على أهمية التفاعل المشترك بين العوامل البيولوجية أو الوراثية وبين المحتوى الاجتماعي بحيث يكون هناك توازن بين العمليات البيولوجية وبين الاتجاهات الاجتماعية والعلاقات الشخصية المتبادلة من اجل الشعور بالراحة النفسية.

٢- التوسع في مراحل النمو بحيث أصبحت ثماني مراحل متصلة ومستمرة بدلا من اربع مراحل النمو لاريكسون وهي:

١- الثقة من الولادة إلى عمر سنتين.

٢- الاستقلال من ٣ الى٤ سنوات.

٣- المبأداة من ٦ إلى ٧ سنوات.

٤- الإنتاج ٦ إلى ١٢ سنة.

٦- الصداقة من ٢٠ إلى ٣٠ سنة.

٧- التوالد من ٣٠ إلى ٦٥ سنة.

٨- التكامل تحقيق الذات ٦٥ سنة فما فوق.

ويعد الإسهام في نظرية اريكسون هو توسيع النظرية إلى نظرية التحليل النفسي وذلك من خلال رفضه لوجهة نظر فرويد بأن المجتمع دائما كعادات ومحيط ومن خلال تأكيده على تأثير العوامل والمؤثرات السيكولوجية والفروق الثقافية في نمو الشخصية.

علم النفس الفردي لأدلر

لقد تأثرت آراء ادلر بوجهات النظر الاجتماعية التي تنادي بأن الإنسان هو المخلوق الوحيد على وجه الأرض الذي لا يتأثر كثيرا بالدوافع الفطرية وان الذي يؤثر على سلوك الفرد هي البيئة الاجتماعية. ورفض ادلر التسليم بسيطرة العوامل الفطرية والاتجاهات اللاشعورية على الفرد تحكمه في توجيه الشخصية.

والفكرة الرئيسية التي يدور علم النفس الفردي في إطارها هي أن شخصية الإنسان كل لا يتجزا أو متكاملة وان لفهم الإنسان لا بد لنا من إدراك النزعات الهادفة لديه ما يسميه ادلر بمبدأ التوجيه لحياة الفرد. (محمد عبدالرحمن، ١٩٩٨)

كما أورد القذافي عام ١٩٩٣ الأهداف الأساسية للشخصية عند ادلر وهي تتكون من ثلاث مجموعات من النزعات الهادفة وهي:

١- **النزعة البيولوجية:** وتشتمل على انعكاسات فطرية وانفعالات تهدف إلى المحافظة على الحياة.

٢- **النزعة الاجتماعية:** وتشتمل على أساليب التعبير عن النشاط الحيوي الهادف الناتج عن الحياة في جماعة والتي وضعها ادلر تحت اسم مفهوم الشعور الاجتماعي.

٣- **النزعة العقلية:** وتشتمل على الشعور والنشاطات التي يخطط لها الكائن الحي

وتعمل هذه النزعات الثلاث كنظم ثانوية للهدف الشخصي ويؤكد ادلر ان فهم الإنسان يصبح سهلاً إذا نحن عرفنا هدفه المنشود أو الذي يسعى اليه.

وقد أكد ادلر على أهمية النمو الاجتماعي السليم للطفل ورأى فيه اثراً هاماً في تكوين الشخصية واكد على أهمية الأسرة في الحياة الفردية وأهمية ترتيب الطفل في الأسرة.

صفات الشخصية حسب نظرية أدلر:

إن صفات الشخصية من وجهة نظر ادلر مكتسبة وليست فطرية أو موروثة وانه تجري عملية بلورتها وطورتها من خلال الصراع الذي يخوضه الفرد وسعيه الدائم لتحقيق هدفه الذي يسعى اليه. أما الاستعدادات والقدرات فإنها فطرية وموروثة.

وأطلق **ادلر** على حصيلة الفرد مجتمعة من الصفات والاستعدادات والقدرات بأسلوب الحياة وهو أسلوب يميز الفرد عن غيره من الأفراد لأنه يمثل الإطار الذي يدور في فلكه الإنسان والميول والاتجاهات

ويمثل أسلوب الحياة أهداف الإنسان وكيفية كفاحه وما سبل تحقيقها كما يشمل قدراته وحوافزه فأسلوب الحياة لدى ادلر إن لكل إنسان هدفا نهائيا في الحياة وان هذا الهدف النهائي هو وحده القادر على التعبير عن سلوك الإنسان فالمستقبل هو أقوى مؤثر على الدوافع الإنسانية وان الطريقة إلى ينظر بها الإنسان إلى أهدافه المستقبلية هي التي تؤدي به إلى الشعور بالصحة أو المرض.

ديناميكية الشخصية لدى ادلر

عمل ادلر إلى الرجوع إلى فترة الطفولة الأولى مثلما فعل فرويد وذلك لفهم تطور الفرد إلا انه لا يعتمد في تفسيراته على الجنس كعامل ثان في التأثير على خبرات تلك الفترة، وقد حلل العلاقة بين الانا وخبراتها مع الانا الخاصة بالغير فمن يتعامل معهم الفرد وتوصل إلى ما اسماه الشعور بالثقة فشعور

الشخص بالعجز أو الثقة وانه اضعف من الآخرين يؤدي إلى نشوء الشعور بالثقة لدى الطفل بشكل عام.

والخلاصة إن الكثيرين من علماء النفس يعتقدون أن ادلر بتأكيده على النضال نحو أهداف اجتماعية إيجابية يعد المؤسس لما اصبح يعرف بالنزعة الإنسانية وعلم النفس.

يونغ وعلم النفس التحليلي:

صاحب هذه النظرية هو كارل يونغ الذي بدأ حياته العلمية بمجال التحليل بشكله التقليدي ضمن مجموعة فرويد، وذلك بعدما قرأ عن أفكار فرويد عن اللاشعور ومن ثم بدأت بينهما سلسلة طويلة من المراسلات حول المواضيع العلمية ذات العلاقة، وذلك بسبب إقامة يونغ في سويسرا، وقد خلف يونغ ادلر في رئاسة جمعية التحليل النفسي سنة ١٩١٤م.

وقد رفض يونغ الأخذ بمبدأ الجنسية الشاملة عند فرويد كمبدأ لتفسير كل مظاهر السلوك واصبح منهج يونغ في التحليل والعلاج النفسي يُعرف باسم علم النفس التحليلي.

وتقوم المبادئ الأساسية لنظرية يونغ كما أشار إليها (ملحم، ١٩٩٢) على:

أولاً: مبدأ القطبية

ويرى يونغ أن العالم قد وُجد بسبب التعارف القائم بين الأشياء، فهناك دائماً فرض وتعارض يستدعي الصراع، وأن الحياة بدون صراع لا قيمة لها، وقدم يونغ خمسة أساليب تتخذها النفس لحل صراعاتها :

١. **التفويض**: بمعنى البحث عن أهداف بديلة.

٢. **الاتحاد**: أنه قد تتحد قوتان مع بعضهما بإيجاد حل مناسب لها.

٣. **التعارف**: ويتضح هذا المفهوم من خلال مبدأ المنافسة، كالمنافسة بين التلاميذ في الحصول على تقدير أعلى في الامتحان.

٤. **مبـدأ التعـادل**: ومسـتمد مـن مجـال الطبيعـة، ويُعـرف بمبـدأ الطاقـة، والمقصـود بالطاقـة التـي تسـتخدم إلـى تغيـير حالـة شيء مـا لا تختفـي ولكـن تعـود إلـى ظهور بصورة أخرى في شيء آخر.

٥. **مبـدأ الانتقـال**: أنـه عنـدما يوصـل جسـمان تختلـف درجـة حـرارتهما فـإن الحـرارة تنتقـل إلـى الجسـم الأقـل درجـة شريطـة أن يكـون الجسـمان مـن نفـس النوع أو نفس النمط.

ثانياً: تحقيق الذات

فقـد أشـار يونـغ إلـى أن تحقيـق الـذات يكـون في أجـزاء متعـددة هـي الأنـا والـذات وحـالات الشـعور واللاشـعور، الوظـائف والإقنـاع واتجاهـات الانطـواء والانبسـاط، ونظـم الطاقـة النفسـية والجسـمية وعـلى قمـة هـذا كلـه الـذات، لـذلك فهو يدعو إلى دراسة الشخصية ومكوناتها حسب ما يلي:

١. **الأنـا**: والتـي تشـمل الأنشـطة العقليـة الشـعورية للإنسـان وتتكـون مـن المدركات الشعورية والذكريات والأفكار.

٢. **اللاشـعور الشخصي**: وهـي الجـزء التـي يمـر بهـا الشـخص الـذي يصـبح جـزءاً من اللاشعور.

٣. **العُقـد**: إنـه عنـدما يعـيش حياتـه تتكـون لديـه محـاور أو نـواة تجمـع مـن الـذكريات والوجـدانيات والأفكـار والمشـاعر حـول ظـواهر معينـة، وهـذه المحاور الرئيسية للخبرة هي التي تُعرف باسم العُقدة.

٤. **اللاشـعور الجمعـي**: وهـو الشـعور الـذي تخـزن فيـه الخـبرات الماضـية المتراكمـة عـبر الأجيـال والتـي مـرت بالأسـلاف القـدامى والعصر البشري عامـة ليسـتفيد منهـا إذا وُجـدت الفرصـة لـذلك، وهـو ينقـل خبراتـه ومهاراتـه واتجاهاته إلى أولاده.

٥. **القناع**: قُصد به الوجه الذي يتقدم به الإنسان للمجتمع.

٦. **الأنيميـا والأنيمـوس**: يـرى أن الإنسـان ثنـائي الجنسـية، والإنسـان في نظـر يونـغ يـرث عـن أسـلافه بعـض الخصـائص العامـة، ومنهـا الخصـائص الذكريـة والأنثويـة التـي توجـد عنـد الإنسـان، وتسـبب هـذه الخصـال الذكريـة

والأنثوية إلى الأنماط الأولية، فيُطلق على النمط الأول الأنثوي لدى الرجال اسم أنيميا، ويُطلق على النمط الأول الذكري لدى الأنثى الأنيموس، وهذان النمطان الأوليان ينموان ويتطوران نتيجة لخبرات العضوية للرجل مع المرأة والمرأة مع الرجل.

٧. **الظل:** وهو يمثل الغرائز الحيوانية، ومن هنا فإن الدوافع الأخلاقية والدوافع الشهوانية تصدر أساساً من الظل، فالظل عند يونغ يقوم مقام الهو والدوافع الشهوانية في اللاشعور عند فرويد.

٨. **الذات:** ويرمز يونغ له برموز مختلفة، أهمها الماندلة أي الدوائر السحرية، وهي تمثل اجتهاد الإنسان للوحدة والتكامل في الشخصية، والذات تقع بين الشعور واللاشعور، وهي قادرة على إعطاء التوازن للشخصية، والخلاصة كما أوردها (الوقفي، ١٩٩٨)،. أن يونغ خلافاً لفرويد فقد ركز على المعتقدات الروحية والعقلية، فقد رأى أن التطور النفسي يتكامل للفرد في مرحلة الرشد المتواصل وأن غاية الفرد القصوى هي تحقيق الذات، وهي الفكرة التي دعت علماء النفس لاحقاً إلى إعادة اكتشاف يونغ والاهتمام به مجدداً. (عبدالرحمن، ١٩٩٨. القذافي، ١٩٩٣. الوقفي، ١٩٩٨).

نظرية "كارين هورني"

تعتبر هورني من الفرويدون الجدد و المولودة عام ١٨٨٥ في ألمانيا حيث كانت طالبه متفوقة و درست الطب ثم تزوجت محامياً , انضمت إلى جمعية التحليل النفسي فأصبحت محللة في معهد برلين للتحليل النفسي , ثم أصبحت عام ١٩٣٢ مديرة مساعدة في معهد شيكاغو للتحليل النفسي و بعد ممارستها للتحليل النفسي الكلاسيكي بدأت بتأليف كتب تنقد فيها وجهة نظر التحليل النفسي في النمو الإنساني , انفصلت عن الزواج عام ١٩٣٧ , وقد قامت عام ١٩٣٩ بتأليف كتاب "طرق جديدة في التحليل النفسي " إذ يعد مراجعة لنظرية فرويد و بهذا الكتاب ظهر هناك انتقاد حاد لها من الفرويديين لتنفصل عن

جمعية نيويورك للتحليل النفسي عـام ١٩٤١ و ظلـت تكتـب في مجـال التحليـل النفسي و أهمية فهم الذات حتى وفاتها عام ١٩٥٢ في نيويورك بمرض السرطان .

الشخصية حسب رأي هذه النظرية:

تـرى هـورني بـأن الشخصـية تتكـون و تتشـكل مـن خـلال أسـاليب التنشـئة الاجتماعيـة التـي تقـوم بهـا الأسرة في الطفولـة المبكـرة و تنمـو مـن خـلال تفاعـل الفـرد مـع ثقافـة المجتمـع الـذي لا توجـد فيـه فـروق بـين الأفـراد بسـبب اخـتلاف مجتمعاتهم .

وتنظـر هـورني الى السـلوك بأنـه سـلوك مـتعلم وقابـل للتعـديل والتغيـير, وركـزت هـورني عـلى العلاقـات الاجتماعيـة والشخصـية وتـرى بـأن السـلوك السـوي ينشـأ عـن طريـق التنشـئة الأسريـة التـي مـن شـأنها أن تسـاعد عـلى تحقيـق الـذات وزرع المحبـة و الاحـترام و يطلـب منهـا تجنـب أسـلوب السـيطرة و المتطلبـات الزائدة والتساهل التي بدورها تعطل النمو والسلوك السليم .

الاضطراب و العصاب النفسي

ومـن جهـة أخـرى تنظـر هـورني الى السـلوك غـير السـوي سـببه الفـوضى في المعاملـة و طريقـة إدراك و تقليـد الفـرد و العصـاب يختلـف مـن ثقافـة لثقافـة و مـن فـرد لآخـر و تقـول هـورني بـأن القلـق الأسـاسي يسـببه مـا يـلي :"انـه الشـعور الـذي ينتـاب الطفـل بعزلتـه و عجـزه عـن العـالم تجعـل مـن إمكانياتـه ضـعيفة، و يمكــن أن تــؤدي مجموعــة كثــيرة مــن العوامــل الاجتماعيــة في البيئــة الى هــذا الشـعور بانعـدام الأمـن لـدى الطفـل مثـل العـدوان والسـيطرة و عـدم اللامبـالاة و السـلوك غـير المـنظم ونقـص التوجـه الحقيقـي و نقـص الـدفء و الحمايـة الزائـدة والانعـزال وعـدم المسـاواة إذ تـرى هـورني بـأن الفـرد العصـابي ينظـر لـلأسرة و المجتمـع نظـرة تشـاؤمية و بسـبب هـذا فـإن الشـعور يكـون مـن الفـرد تجـاه العزلـة و العجـز و عـلى العكـس إذا سـاد جـو الأسرة الثقـة و المحبـة فالطفـل لا ينشـأ عصـابياً . و أشـارت هـورني إلى أن هنـاك اتجاهـات تعـود بـالفرد العصـابي الى السـير وراءها وهذه السلوكيات هي :

- الخضـوع : فـالفرد العصـابي يسـعى للحصـول عـلى أمنـه عـن طريـق الخضـوع للآخـرين والتقـرب مـنهم، و يكـون بحاجـة إلى أن يكـون محبوبـاً و مقبـولاً لـديهم و يعتـبر النجـاح كأنـه تحقيـق و تقـدير لذاتـه يرتفـع و ينخفض بحسب تقدير الآخرين له و ينظر الى المحبة نظرة سلبية .
- العـدوان القسرـي : تـرى هـورني بـأن الفـرد العصـابي شـخص عـدواني تجـاه الآخـرين ويميـل للسـيطرة و الـتحكم بهـم و شخصـيته قاسـية و يـرفض الشـعور بـالعجز و يعتمـد عـلى الآخـرين بعيـداً عـن اعتبـار مشـاعرهم والتقليل من شأنهم .
- الانعـزال القسرـي : فالعصـابي بنظـر هـورني يفضـل العزلـة و هـو بحاجـة للاسـتقلالية فيبتعـد عـن النـاس و يكبـت مشـاعر المحبـة والكراهيـة تجـاه الآخرين .

وبصـياغة أخـرى اعتـبرت هـورني الاتجاهـات السـابقة مصـنفه تحـت موضـوعات ثلاثة هي :

١. التحرك نحو الناس : إذ يتجه الفرد إلى الآخرين ليحصل على محبتهم .
٢. التحـرك ضـد النـاس : فـالفرد يـرفض الآخـرين مـن اجـل حمايـة نفسـه و الاستقامة والشعور بالقوة .
٣. التحـرك بعيـداً عـن النـاس : بـدل مـن أن يقـوم الفـرد بالتوجـه و نبـذ الآخرين فإنه يقوم بأشياء أخرى كالأحلام في اليقظة .

حل العصاب

ترى هورني بأن الشخص العصابي يستخدم أنماطاً لحل صراعاته وهي:-

- اختيـار نمـط واحـد مـن الاسـتجابات و رفـض الباقيـة المتعارضـة معهـا فالعصـابي إذا أراد الحصول على الحب فإنه يسلك سلوك الشخصية المطيعة .
- العزلـة: يسـعى العصـابي إلى العزلـة لأنـه يـرى أن مبادئـه تـرفض مسـاعدة الآخرين .

- الصـورة المثاليـة : يُحـرف العصـابي صـورته الحقيقيـة فبـدلا مـن الضـعف يصـف نفسه بالقوة.
- التبريـر: إذ إن العصـابي يعـزو كـل الأحـداث إلى عوامـل خارجيـة و غـير صـادرة عـن ذاته.

أعراض العصاب:

هنـاك بعـض الأعـراض التـي تظهـر عـلى الفـرد العصـابي بـالرغم مـن انـه يحـاول عدم إظهار صراعاته .

فمـــن هـــذه الأعـــراض : الســـلوك المتنـــاقض للشـــخص ،التعاســـة والحـــزن، مخـاوف التعبـير والـتردد الواضـح والحيـاة المعقـدة ، والرغبـة في الانتقـام ، والتعـب والإجهاد.

أهداف العلاج :

تشـير هـورني بـأن أهـداف العـلاج تتمثـل في مسـاعده العصـابي عـلى تغيـير سـلوكه وزيـادة ثقتـه بنفسـه ومسـاعدته عـلى التغلـب عـلى عوائـق النمـو والـتخلي عـــن الأوهـــام الزائفـــة بالإضـــافة إلى تخفيـــف الاضـــطرابات الانفعاليـــة ومســـاعده العصـابي عـلى اتخـاذ قراراتـه بنفسـه واحـترام الآخـرين وتمكينـه مـن عيشـه بواقعـه وان يصبح أقل حزناً وعدوانية .

العلاج :

تـرى هـورني بأنـه لابـد في العمليـة العلاجيـة أن يكـون هنـاك تعـاون مـا بـين المرشـد والمسترشـد وتـولي أهميـة " لاسـتعداد الفـرد للعـلاج فـلا بـد أن يعـبر عـن أفكـاره بطريقــه التــداعي الحــر وعــلى المرشــد أن يعــرف الأحــداث المــؤثرة عــلى المسترشـد وان يكـون كـذلك مـاهراً في التفاعـل، وان يمتلـك أنمـاط التكيـف الشخصيـ وان يـتقن الملاحظـة والفهـم والسـيطرة عـلى المقاومـة عنـد المسترشـد. وكـذلك عـلى المعـــالج أن يظهـــر تعاطفـــه عـــلى المسترشـــد وان يحترمـــه حتـــى يكســـب ثقتـــه . وكــذلك ركــزت عــلى الأحــلام وتحليلهــا مــا بــين المرشــد والمسترشــد بالإضــافة الى التداعي الحر .

مميزات النظرية:

- إيجابيات النظرية : نظريه هورني نظريه مهمة في معرفة أسباب السلوك العصابي والتي عزته إلى الثقافات المختلفة وإلى المجتمعات بعيدا عن الغرائز . كما ركزت على التنشئة الاجتماعية ودورها في تشكيل سلوك الفرد.
- السلبيات : تمثلت في أن النظرية لم تخضع لنظرية علمية لمعالجة الأفكار غير العقلانية المسببة للعصاب وكذلك فإن النظرية لم تجد طرقاً علميه لمعالجه الأفكار ولم تجد طرقاً علاجية للتخلص من مشاكل العصاب وبالنسبة للعزلة فإن العصابي عند ما يتجه للآخرين لن يحقق له الأمن والسلامة وان العدوان لا يجلب للعصابي الأمن بل سيلحق به الأذى.

"سوليفان"

ولد هاري ستاك سوليفان عام ١٨٩٢ في نيويورك وكان وحيد الوالدين، اكمل دراسته بكلية الطب عام ١٩١٥ وحصل على الماجستير عام ١٩١٧ ثم فضل العمل في الطب النفسي ثم حصل على الدكتوراه واشتغل في مصحة للعلاج بالتحليل النفسي فاصبح رئيساً لهيئة الطب النفسي عام ١٩٢٢ ، كتب عده مجلدات في حياته منها " مفاهيم الطب النفسي الحديث " وتوفي سوليفان عام ١٩٨٩ في باريس خلال عودته من مصحة عقليه بهولندا .

الشخصية :

يرى سوليفان بأن الإنسان يتأثر بالروابط و العلاقات الشخصية و لا ينكر العوامل الوراثية و الفسيولوجية في تكوين الشخصية و ربط سوليفان بين العوامل البيولوجية الوراثية و العوامل النفسية و الاجتماعية في تكوين الشخصية فإذا اشبع الفرد حاجاته حسب ما يقبله المجتمع يشعر بالأمن و عند إخفاقه في إشباع حاجاته فإنه يعاني من القلق فالشخصية تعد ناتجاً التفاعل من المواقف و أن جميع العمليات النفسية تنشأ نتيجة لتبادل العلاقات في الموقف، فالإنسان دائماً يوجد في مجال اجتماعي يتفاعل فيه مع الآخرين و يرى سوليفان

بأن الاتجاه العام لسلوك الشخصية و نشاطها يتحدد بالديناميكية النفسية الخاصة لكل فرد تبعاً للموقف الاجتماعي فالتفاعل عند الفرد إما أن ينجم عنه العلاقات المتبادلة و التوافق او يحصل العكس و هو التوتر و التفاعل و العلاقات الاجتماعية و النفسية و البيولوجية كلها تكوّن النفس والشخصية

* **مراحل تكوّن الشخصية عند سوليفان :**

- **بنـاء الشخصـية :** الشخصـية عنـد سـوليفان تتشـكل مـن خـلال علاقـات مـع الآخـرين تحـدث في سلسـلة مـن المجـالات الشخصـية المتبادلـة والعمليـات والمجالات هي : الديناميات , نظام الذات و التشخيصات .
- فالـديناميات : يعتبرهـا سـوليفان نمطـاً ثابتـاً نسـبياً مـن الطاقـة يسـاعد الفـرد عـــلى الاســـتمرار و الطاقـــة تحـــول الى ســـلوكيات كالتقليـــد أو التخيـــل أو المشـاعر و أهـم الـديناميات عنـد سـوليفان هـي التـي تميـز علاقـات الشـخص مـع الآخـرين و النـاس بنظـر سـوليفان لـديهم نفـس الـديناميات و لكـنهم يختلفـــون بطريقـــة التعبـــير عنهـــا ويرجـــع هـــذا الاخـــتلاف الى الظـــروف ومواقف الحياة و تهدف الديناميات الى إشباع حاجات الفرد الأساسية

نظـام الـذات : يمثـل هـذا الجانـب الأفكـار غـير العقلانيـه التـي اسـتخدمها الفـرد في المجتمـع فـالمجتمع يسـاهم في بنـاء الـذات، ويقـول سـوليفان بـأن نظـام الذات قد يقف عائقاً في تغييرات الشخصية .

- التشخيصـات :وهـي عبـارة عـن صـور يكونهـا الفـرد عـن نفسـه ويعتبرهـا سـوليفان بأنهـا مـزيج مـن المشـاعر والمفـاهيم الذهنيـة الناميـة مـع خـبرات الفـرد مـن اجـل سـعيه لإشـباع حاجاتـه وهـي نتـائج تفاعـل الفـرد مـع الآخرين.

* **الافتراضات حول الشخصية :**

- العلاقـات الشخصـية المتبادلـة : يـرى سـوليفان انـه لايمكـن فهـم الشخصـية دون معرفـة علاقـات الفـرد مـع الآخـرين وهـؤلاء قـد يكونـون موجـودين او خيـاليين ويعتقـد بـأن الأحـلام لهـا اثـر في بنـاء الفـرد لأنـه قـد يكـون مـن خلالها قد تفاعل مع أناس آخرين .

- نظام التوتر : يعتبر سوليفان أن التوتر مظهر مهم في الشخصية سواء كان مصدره الحاجات العضوية أو صادر عن مشاعر القلق، ويسعى الإنسان برأيه إلى خفض توتره من خلال الرفاهية ، ويعتبر سوليفان القلق محرك الحياة والفرد فقد يكون إيجابياً أو سلبياً فإذا كان إيجابياً فقد يبعد الفرد عن الخطأ أما إذا كان سلبياً فيؤدي إلى اضطراب شامل في الشخصية وكل فرد له أسلوب خاص في معالجه التوتر ويرى سوليفان أن مصدر القلق عند الطفل هو أمه الممثل في صورتها وشكلها وكذلك محيطه وبيئته ويلجأ الطفل إلى النوم حتى يتجنب القلق ويخلص سوليفان إلى أن خفض مستوى القلق يؤدي إلى حياه بناءه مع الآخرين .
- تحولات الطاقة : فالطاقة تتشكل من طريق قيام الفرد بعمل ما سواء كان جسدياً أو معرفياً وهدف الطاقة هو خفض التوتر.

نمو الشخصية

يرى سوليفان بأن شخصيه الفرد تمر بعدة مراحل متسلسلة، وقد تختلف من مجتمع لاخر وتبدأ هذه المراحل بالطفولة المبكرة وتمتد حتى الكلام، والمنطقة الفميه هي منطقه التفاعل مع الام ثم تأتي مرحله الحضانة النواة لعمل علاقات شخصيه للطفل ثم تأتي مرحله الطفولة التي اعتبرها سوليفان من بداية الكلام حتى الحاجة إلى أقران ويكون الفرد قادراً على تقبل دوره كذكر أو أنثى ثم تأتى مرحله الصبا التي تتمثل بمرحلة التعليم الابتدائي ومنها يكسب الطفل موقفاً اجتماعياً وهو يضبط نفسه ويفرق بين الخيال والواقع ، وتأتى بعدها مرحله ما قبل المراهقة و فيها يسعى الطفل لتكوين علاقة مع صديق يتعاون معه و فيها تتحدد العلاقة الشخصية و بعدها تأتي مرحلة المراهقة المبكرة التي تظهر فيها الشهوة الجنسية و مرحلة المراهقة المتأخرة و التي يسعى الفرد من خلالها الى تكوين علاقات اجتماعية و التي من شأنها دعم الذات و في مرحلة الرشد يكتسب الفرد الاستقلالية في علاقاته مع الآخرين و يتحول من كائن حيواني الى اجتماعي.

الاضطراب النفسي

يرى سوليفان بأن الاضطراب يحدث بسبب السلوك غير المناسب في العلاقات المتبادلة مع الآخرين و يضيف دور العوامل البيولوجية في الاضطراب النفسي و إصابات المخ , و اعتبر سوليفان القلق بأنه استجابة تحصل عند الفرد بسبب شعوره بالنبذ من الآخرين والشخصية السوية هي التي تعرف كيف تواجه هذا القلق، فالقلق يؤدي الى عدم إشباع الحاجات ومن ثم عدم تحقيق الذات و أن إهمال مواقف القلق يفقد التفاعل مع الآخرين، و بالتالي يؤدي بالفرد الى الوسواس و التوهم و الفصام و كذلك أشار إلى معاملة الوالدين و أثرها في استخدام الطرق غير المنطقية .

أهداف العلاج

يرى سوليفان بأن العلاج يهدف الى إزالة الصعوبات التي تقف أمام التعلم لأن السلوك المضطرب متعلم و يرى بأن للمسترشد حقاً في تحديد هدف إرشادي وهو قادر على حل مشاكله بنفسه و يشير الى أهمية مساعدة المسترشد للمرشد حتى تسهل عملية الإرشاد , و بالإضافة إلى ذلك فالإرشاد يهدف إلى اكتشاف خبرات الفرد و مسبباتها و مساعدة المسترشد على إعادة هذه الخبرات و تدقيق النظر فيها , وأعطى سوليفان صفات للمرشد حيث أشار بأنه لا بد من أن تتوافر الخبرة الكافية عند المرشد حول السلوك الإنساني و أن يكون قادراً على تشخيص المرض و أن يتصف بالانتباه و الملاحظة و أن ينظر للمسترشد نظرة موضوعية و نظرة روح المساعدة و أن يقيم معه علاقة طيبة .

طريقة العلاج

يرى سوليفان بأن المقابلة بين المرشد و المسترشد مهمة للملاحظة وهي افضل من التداعي الحر و يقسم سوليفان المقابلة الى أربع مراحل وهي: المرحلة الابتدائية: وهي وسيلة للاتصال بين المرشد و المسترشد يفهم فيها المرشد في جميع المعلومات عن طريق ملاحظة المسترشد و تقصي سبب مجيء المسترشد و أن يخلص المرشد الى استنتاجات عن نمط حياة الفرد . أما المرحلة الثانية:

فهي مرحلة الاستكشاف، و فيها يرى سوليفان بأن المرشد يهدف الى الوصول من خلالها الى معرفة علة المسترشد و حالته في الماضي و تطورها و على المعالج أن يسجل المعلومات حتى لا يتشتت انتباهه , ثم مرحلة الاستفسار و هي مرحلة يرى فيها سوليفان بأنه من المفيد أن يكف فيها الأسئلة و استخدام أسلوب الإنصات و مواصلة التفاعل ما بين المرشد و المسترشد . و اما المرحلة الأخيرة فهي المرحلة النهائية وفيها تنتهي المقابلات و يقدم المرشد تقريراً حول المسترشد و مشكلته و يصف للمسترشد أسلوباً يسلكه و يستفيد منه في المستقبل.

تقييم النظرية

هناك جوانب برزت فيها النظرية تسجل لها بالمقابل وهناك جوانب اخفقت فيها:

- فإسهام النظرية : تمثل في انه أعطى اهتماماً بمراحل النمو بالإضافة إلى انه اهتم سوليفان بالسلوك الظاهر وهذا ما أيده أنصار السلوكية و كذلك أعطى اعتباراً للعوامل الاجتماعية، ويرى أيضا انه من الممكن تعديل السلوك الإنساني خلال مراحل نموه .
- قصور النظرية : لقد أهملت النظرية منابع تطور الإنسان و اقتصرت فقط على الجانب الاجتماعي ولم يبنِ سوليفان نظرية في التعلم حيث عزى إلى أن القلق متعلم بالإضافة إلى أن سوليفان عجز عن تحديد العوامل الدقيقة التي يشكل فيها المجتمع الفرد .

1. (الاكتئاب)
2. (العصاب)
3. (الأمراض النفسية و الأمراض العقلية والفرق بينهما)
4. (الاضطرابات النفسية و العقلية و علاجهما)
5. (ذهان الهوس الاكتئابي)

نظرية الحاجات الإنسانية (موريه)

ولد هنري موريه عام ١٨٩٣ معتل الصحة ومُصاباً بحول داخلي ثم بحول خارجي وبتأتأة، فكان يُعاني من عدم التفوق الرياضي مع ميله إلـى اللعب سواء لعب التنس أو الكرة، درس الطب وقام بدراسات عديدة في علم الأجنة، والأنا العليا، واعتبر أن هناك ثلاثة مبادئ ترتكز عليها الشخصية، وهي:

أولا: العمليات النفسية وتعتمد على العمليات الفسيولوجية: (ملحم، ١٩٩٨).

١. الحاجة إلـى إغناء التوتر بمعنى أن الإنسان يسعى إلـى التوتر وليس إلـى إزالة التوتر، ولكن ما يحدث هو خفض للتوتر، أن يؤدي خفض التوتر إلـى الراحة والاستمتاع، بينما إزالة التوتر تؤدي إلـى عدم الراحة والتعاسة.

٢. إن الشخصية لا يمكن فهمها إلا من خلال منظور أمني تطوري بمنهج طولي: أي أن الشخصية تنمو وتتطور مع الزمن بطريقة مستمرة ومتصلة، لذلك فإن الماضي والحاضر مهمان في مستقبل الشخصية.

٣. إنه رغم التشابه ما بين الأفراد والناس إلا أن الشخصية منفردة ومتميزة.

أما أهم المفاهيم التي تقوم عليها نظرية موريه، فهي: الحاجة؛ إذ أوضح أن الحاجة محكومة بفيزيولوجية المخ، ومن ثم فهي توجه كل العمليات المعرفية للفرد (إدراك، تخيل، تفكير، ذكاء)، كما قد تنشأ حاجات أخرى من عمليات داخلية مثل الجوع أو العطش أو من أحداث في البيئة، ومن أهم الحاجات التي طرقها موريه، هي:

١. الحاجة إلـى الإذلال (التحقير)

٢. الحاجة للإنجاز (التحصيل)

٣. الحاجة إلـى التواد

٤.الحاجة إلـى العدوان

٥. الحاجة إلـى الاستقلال

٦.الحاجة إلـى الحماية

٧. الحاجة إلـى الأتقاء
٨. الحاجة إلـى تجنب الأذى
٩. الحاجة إلـى تجنب الإذلال
١٠.الحاجة إلـى النظام
١١.الحاجة إلـى اللعب
١٢.الحاجة إلـى الجنس
١٣.الحاجة إلـى الفهم
١٤.الحاجة إلـى إغداق الرعاية

ثانياً: الضغط، وتشمل المؤثرات الأساسية للسلوك، وهي توجد في البيئة، أي بيئة الفرد وبعضها مادي وبعضها الآخر بشري.

ثالثاً: اختزال التوتر: ويتم ذلك بخفض التوتر بإشباع الحاجة.

رابعاً: الموضوع يشكل الموضوع مركباً في الحاجات والبيئة بمعنى ارتباط الحاجة بموضوع الإشباع.

خامساً: تكامل الحاجة: حيث يقوم الفرد بربط موضوعات بعينها لحاجات معينة لديه.

سادساً: وحدة الموضوع: تُعد بمثابة حاجات مترابطة إما في حالة تأزره والانسجام أو نضال وصراع (القذافي، ١٩٩٣. ملحم، ٢٠٠١. الوقفي، ١٩٩٨).

الشخصية نظام معرفي سلوكي:

يركز المعرفيون السلوكيون عن منظري الشخصية على السلوك الملاحظ للفرد ويرون أن الشخصية نظام من السلوك يكتسبه الناس بالتعلم أو المعالجة المعرفية لخبرات الحياة ويعرضونه في مواقف معينة. (راضي الوقفي، ١٩٩٨).

وفي الغالب يطلق على النظريات المعرفية السلوكية بنظريات التعلم الاجتماعي، والتي ترى الشخصية كمجموع كلي للعادات السلوكية والمعرفية التي

كانت تتطور بتعلم الناس من الخبرات الاجتماعية التي تطبع الشخصية بالتفرد، ولأنها تعزو كل ما في الشخصية إلـى التعلم والاستعانة ببعض مبادئه كالتعزيز.

ومن النظريات التي تنتمي إلـى هذه المدرسة :

نظرية التعلم باندورا (الحتمية المتبادلة)

أكد باندورا على التفاعل المستمر والمتبادل بين الفرد والبيئة ورأى أن كلاً من السلوك والعوامل الشخصية الداخلية بما فيها المعتقدات والأفكار والمؤثرات البيئية كلها تعمل بشكل متداخل فكل منها يؤثر على الآخر ويتأثر به، ومن وجهة نظر مدرسة العلم الاجتماعي فإن الناس لا يندفعون ذاتياً بفعل تأثير القوى الداخلية ولا يندفعون قهراً بفعل المثيرات البيئية، وترى الحتمية التبادلية أن الفرد يتمتع ببعض الحرية في التصرف رغم قلة عدد الخيارات المتاحة أمامه، إما بسبب القيود الخارجية أو لضعف قدرتنا أو لعدم رغبتنا في التصرف بطرق معينة. (عبدالرحمن عدس، ١٩٩٨).

ومن الأمور الأخرى المعرفية التي دعا إليها (باندورا) هناك ما يسمى (الكفاية الذاتية) ويُقصد بها: التوقع المكتسب بالنجاح أي الاعتقاد بأنك قادر أن تنجح في أداء السلوك بصرف النظر عن خبرات الفشل السابقة أو العوائق الحالية.

وكلما ارتفع مستوى الكفاية الذاتية للشخص حيال موقف معين تعاظم الإنجاز الفعلي للفرد في ذلك الموقف.

نظرية التوقع:

من أصحاب هذه النظرية هو العالم (روتر) والذي يُنادي بأن العلم يخلق توقعات معرفية توجه السلوك، ويتم اكتساب هذه التوقعات من خلال الخبرات والتعزيزات السلوكية، وأن سلوك الفرد مرتبط بأمرين، هما:

١. ما يتوقع الفرد حدوثه بعد قيامه بالسلوك.

٢. الأهمية أو القيمة التي يعطيها الفرد نتيجة القيام بالسلوك.

ورأى روتر أن الناس ينقسمون إلـى فئتين فمنهم من يربط مكافأة السلوك أو معاقبته بسلوك الفرد، حيث يعتقد هؤلاء بأنه العمل الجاد والمهارة والأمانة يمكنهم أن يجدوا المكافأة أو التعزيز لسلوكهم ويتجنبوا العقوبات.

أما الفئة الثانية هي الفئة التي ترى أن المكافآت والتعزيزات تأتي بالحظ أو بالصدمة وأنهم لا يملكون من أمرهم شيئاً أي أن مركز الضبط لديهم خارجي، وهؤلاء بالعادة يكونوا أقل في تحمل المسؤولية. (راضي الوقفي، ١٩٩٨).

نظرية المتغيرات الشخصية:

وصاحب هذه النظرية العالم (ميتشل) ويرى أن المعتقدات والتوقعات المكتسبة من الخبرات الاجتماعية تغير الفرد وتجعله مختلفاً عن غيره. وأسماها بالمتغيرات الشخصية. وأهم هذه المتغيرات:

١. الكفايات أي الأفعال والأفكار التي يستطيع الشخص أداؤها.
٢. الإدراكات.
٣. التوقعات.
٤. القيم الذاتية.
٥. التنظيم الذاتي والتخطيط.

ويميز ميتشل بين سمات الشخصية ومتغيراتها حيث يرى أن السمات التي تساعد في التنبؤ بالسلوك لأن الناس كثيراً ما يأتون بتصرفات تختلف باختلاف المواقف.(الوقفي، ١٩٩٨).

الشخصية نظام لتحقيق الذات:

هي مجموعة من النظريات التي تعتمد على الإدراكات والمعرفة أكثر من اعتمادها على العلم، وترى أن الفرد يستجيب للأشياء تبعاً لتصوراته لها مما يدعو إلـى التركيز على العمليات المعرفية الوسيطة كالإدراك والمفاهيم الخاصة بالعالم الظاهري وأن وحدة تحليل السلوك هي الفرد نفسه الذي تكمن بداخله المكونات التي تنبني عليها سلوكه. (القذافي، ١٩٩٣).

ومن أكثر النظريات التي تمثل هذه المدرسة هي نظرية الذات لكارل روجرز، ونظرية الحاجات لماسلو، وفيما يلي عرض لتلك النظريات:

نظرية الذات وروجرز:

صاحب هذه النظرية هو كارل روجرز الذي نشأ من عائلة متدينة حريصة على الصلوات وقراءة الإنجيل، يرتبط اسمه بالاتجاه الإنساني في علم النفس أو ما يُعرف بعلم النفس الإنساني مع ماسلو، وترتبط نظرية روجرز بالاتجاه الوجودي في علم النفس، لأنها تعتمد على الجوانب الظاهرية، حيث ركز على خبرات الأفراد ومشاعرهم وقيمهم، وأكد أننا كأفراد نستطيع أن نتصرف ونختار اتجاهاتنا الصحيحة في الحياة.

وقد أسمى نظريته (العلاج المتمركز حول الشخصية) ويرى أن الإنسان يندفع من خلال قوة إيجابية واحدة، وهي الميل النظري أو الطبيعي لتنمية قدراتنا البنائية والنمو بطرق تحافظ على النظام الكلي، وأن الفرد توجد بداخله الرغبة للحب والدفء والاحترام والتقبل خاصة من قبل الناس المهمين في حياتنا حيث تبقى هذه الحاجة للتقدير الإيجابي نشطة طوال حياة الفرد.

كما يؤكد روجرز على أن الشخصية عملية منفردة نسبياً داخل الفرد فكل هذا يوجد داخل مركز عالمه الخاص المتغير دائماً من الخبرة الداخلية والتي تضمن كلاً من المجال التجريبي والمجال الظاهري، ولا يستطيع أي شخص آخر أن يفهمه، ويرى أن ميولنا لتحقيق الذات تعمل في تناغم لإشباع قدراتنا الفطرية البناءة مع نمو مفهوم الذات وتطوره فإنه يتطلب دعماً في شكل تقدير إيجابي، لذلك يجب الاهتمام بالطفل أثناء نموه ومعاملته بطريقة مرنة، وهو لا يفترض مراحل محددة للنمو. (عبد الرحمن، ١٩٩٨).

نظرية ماسلو وتحقيق الذات:

صاحب هذه النظرية هو ماسلو، فقد نشأ وولد وترعرع في نيويورك، وقد عانى في طفولته من الحرمان وكبر وهو يشعر بالوحدة والتعاسة، شارك روجرز في نظرته التفاؤلية للطبيعة البشرية وهو يعتبر أن ميولنا الغريزية

صحيحة من الناحية البنائية ومعتدلة أيضاً، كما أكد على قدرتنا المتأصلة لتحقيق نمو بناء، ويحذر ماسلو من النظريات التي تسرف في التفاؤل أو التشاؤم إزاء الطبيعة الإنسانية.

ويرى ماسلو أن حاجات النقص تقدم أهدافاً أساسية مثل الحفاظ على الذات، إلا أن دوافع النمو تميل إلـى إظهار مستوى أكثر سواء وأكثر رضا للأداء، إن إشباع دوافع النقص يجنبنا حدوث المرض وإن إشباع دوافع النمو يؤدي إلـى الصحة الإيجابية.

ويرى ماسلو أن حاجاتنا تتباين تماماً حسب مستوياتها في الأهمية، فبعضها يبقى غير مهم إلـى حد ما ولا تمثل مصدر إثارة إلا بعد أن يتوفر للبعض الآخر الحد الأدنى من الإشباع، لذلك أعد ماسلو نموذجاً هرمياً للدوافع والحاجات الإنسانية، مع تأكيده على أن دوافع الإنسان معقدة جداً ومتداخلة، في حين أن سلوكه محدد تماماً، ويأتي الترتيب الهرمي للحاجات الإنسانية التي وضعها ماسلو كمايلي:

١. الحاجات الفسيولوجية.
٢. حاجات الأمان.
٣. حاجات الحب والانتماء.
٤. حاجات التقدير.
٥. الحاجة لتقدير الذات.

هذا وقد أضاف علماء آخرون ثلاث حاجات للهرم هي:

١. الحاجة للفهم.
٢. الحاجة للجمال.
٣. الحاجة للمعرفة.

ويشير ماسلو إلـى أن ظهور بعض تلك الحاجات يعتمد على إشباع بعضها الآخر، وأن الحاجة التي تشبع تسيطر على الفرد وسلوكه بدرجة تجعل نظرته إلـى الحياة مختلفة وتؤثر تأثيراً بالغاً في إدراكه، وبالتالي في سلوكه،

وأضاف أن الحاجات أعلى الهرم قد تطغى على سلوك الفرد أكثر من طغيان الحاجات الفسيولوجية، حتى ولو لم تشبع.

ويضيف المؤلف ما أوضحه ماسلو من صفات الشخص الذي يحقق ذاته إلى ما يلي:

١.القدرة على مقابلة المتطلبات.

٢.القدرة على إدراك الواقع بشكل غير عادي.

٣.التلقائية.

٤.زيادة القدرة على حل المشاكل.

٥.الميل إلـى الخصوصية (العزلة).

٦.الشعور الزائد بالاستقلال.

٧.الإعجاب الشديد المتجدد وردود الأفعال الانفعالية.

٨.الشعور العميق بالخبرات لفترة أطول.

٩.الانتماء الشديد للجنس البشري.

١٠.سمات أساسية أكثر ديمقراطية.

١١.شعور عميق ومتزايد بالإبداع. (الوقفي، ١٩٩٨).

الشخصية نظام من الأنماط والسمات:

لقد وجد العديد من النظريات التي تعتني بالأنماط، حيث تعتبر امتداد لأسلوب السمات فقد يُعزى سمة أو مجموعة سمات إلـى شخص واحد فتقول بأنه شجاع أو متزن أو ثابت انفعالياً، غير أن أسلوب الأنماط يمنحنا قدرة أكبر على تبني نظام أوسع يسمح لنا بوضع مجموعة من الناس في نمط واحد، وخاصة عندما يشتركون في مجموعة من السمات.

وترى هذه النظرية "بأنه يمكن وصف مكونات الشخصية في عدد محدود من العوامل التي يُعتقد بأنها ذات أهمية في التنبؤ بسلوك الفرد، وبأن مكونات الشخصية ثابتة عبر الزمن ويمكن تقسيم الناس إلـى أنماط ترتبط بمكونات الشخصية الأساسية.

كما قد تستخدم الجنسية أو الجنس أو اللون للإشارة إلـى نمط ما في بعض الأحيان، ومن هذه النظريات:

نظرية السوائل:

وأول من وضع نظرية للأنماط هو ابيقراط في القرن الخامس قبل الميلاد، وأشار فيها إلـى وجود أربعة أخلاق للجسم، وأن طبيعة الشخصية تتوقف على غلبة أحد الأخلاق الأربعة على الآخرين، ثم جاء جالينوس وأضاف عليها وربط الأخلاق بالأمزجة مما جعلها تبدو بالشكل التالي(القذافي، ١٩٩٣):

السائل	السمة	المزاج
المرارة الصفراء	مراري	السرعة والغضب
الدم	دموي	السرعة مع الضعف (نشاط ومرح)
المرارة السوداء	مازوخي	البطء مع القوة
البلغم	بلغمي	الضعف مع البطء (كسل وتلبد)

نظرية سترانجر:

لقد صنف سترانجر الناس كما جاء في الوقفي (١٩٩٨) إلـى ستة أصناف، هي:

١. **النظري**: القيمة السائدة لديه هي الوصول إلـى الحقيقة والتعليم والتنظيم للمعارف.
٢. **الاقتصادي**: القيمة السائدة لديه هي التقنية، واهتماماته اقتصادية وعملية.
٣. **الجمالي**: القيمة السائدة هي البحث عن الانسجام والاتساق في الأشكال.
٤. **الاجتماعي**: القيمة السائدة هي محبة الناس والاهتمام بمشاكلهم والانطلاق في التعامل معهم في نظرة إنسانية دافئة.
٥. **السياسي**: القيمة السائدة لديه هي البحث عن القوة والسيطرة.
٦. **المتدين**: القيمة السائدة هي فهم وحدة العالم، مهتم بالخبرات الغامضة وبما هو إلهي في كل الظواهر. (الوقفي، ١٩٩٨).

نظرية بوردل:

لقد قامت الفرنسية بوردل بتصنيف الناس إلـى أربعة أقسام وفقاً لزمرهم الدموية، وهي كالتالي:

١. النمط التوافقي: ويكون دمه من زمرة A ويتصف بأنه مبدع ومبتكر وشديد الحساسية ويستشعر في نفسه حاجة عميقة لأنه يعيش بانسجام مع محيطه ويتمثل هذا النمط بالفنان.

٢. النمط اللحني: وينتسب دمه إلـى الزمرة O، ويتصف بقدرته على التوافق والانسجام مع الظروف المحيطة والميل إلـى الاندماج مع الناس، وهو قليل الابتكار وانتهازي، ويتمثل في التاجر والسياسي.

٣. النمط التوافقي اللحني الإيقاعي: وينتسب دمه إلـى الزمرة A, B، ولهذا النمط خصائص الأنماط السابقة جميعاً، فليس لشخصيته عنوان خاص بها ولهذا كثيراً ما يكون قلقاً وغير واثق من حكمه على الأشياء.

٤. النمط الإيقاعي: وينتسب دمه إلـى الزمرة B، ويغلب عليه أن يعمل وفق تقديره الخاص، وإيقاعه الذاتي دون أن يعير اهتماماً كبيراً إلـى تقديرات الآخرين وآرائهم، ويتمثل هذا النمط في الشخصية العسكرية.

ومن الانتقادات الموجهة لهذه النظريات أنها صنفت الكائنات البشرية إلـى زُمر وقوائم جاهزة متمايزة، فالطبيعة البشرية أعقد من أن يتم وضعها في قوائم مختلفة وجاهزة.

روز الشخصية:

لقد خلصت الدراسات والأبحاث إلـى إيجاد وسائل قياس للشخصية متنوعة ومختلفة، والبعض أطلق عليه روز الشخصية وفقاً لأسس علمية حيث تُعتبر عملية روز الشخصية أو اختبارها، عملية قياس تعتمد وسيلة قياس مقبولة علمياً وتهدف إلـى معرفة علمية دقيقة عن مختلف النواحي التي تنطوي عليها الشخصية في أبعادها المختلفة، أو عن جانب معين ومقصود فيها.

وعملية الروز هذه ليست سهلة ولكن لكون الشخصية الإنسانية ليس من السهل الإلمام بجوانبها المختلفة إلـى جانب مدى الصدق والشمول فيها إلا أن عملية القياس عملية لا بد منها من أجل التشخيص والعلاج، وكذلك من أجل التوجيه والإرشاد بمختلف أشكاله.

والمؤلف يوضح هذا أن الشخصية تتكون من بنود تحدد للمفحوص إطاراً محدد يمكنه الإجابة فيه، وفي العادة تتألف الإجابة من بديلين أو ثلاثة أو قد يجيب بطريقة موضوعية محددة في حدثه عن تاريخ حياته أو في تقديره لما عنده من صفات ومميزات، ومن أمثلتها ما يسمى بالروائز الموضوعية، منها روائز الشخصية من وضع برونر وولتر وهو يقيس ستة من مظاهر الشخصية، واستجواب عوامل الشخصية الستة عشر الذي وضعه كاتل، وروجرز لتكيف الشخصية.

٢. الروائز المحددة البناء جزئياً:

على الشخص المفحوص أن يؤلف المعنى كما يبدو لـه ذلك، لأن البند الذي يتضمن المشكلة المطروحة أمام الشخص المروز تكون غير واضحة وغامضة، ولكن له معنى وأن يدل على موقف حياتي ما يقول بسهولة إلـى أن تكون معنى من المعاني عند الشخص العادي.

٣. الروائز غير المحددة البناء:

يكون المؤثر غامضاً ولا معنى لـه في الأصل ولا يعكس أي موقف حياتي واضح، وكل استجابة يقدمها المفحوص تكون من إنشائه وبنائه الذاتي.

ومن أمثلة الروائز على الصنفين الثاني والثالث ويُطلق عليها الروائز الإضفائية أو الإسقاطية، وذلك لأن الشخص المفحوص يضفي أو يسقط في إجابته شيئاً من ذاته، ويُعد اختبار قصة مصورة (لشنادمان) خير مثال.

اختبارات الشخصية، أساليب قياسها

قياس الشخصية:

تقسم طرق قياس الشخصية إلـى صنفين، وهما:

أولاً: ذاتي ويعتمد على قدرات الفاحص وخبراته وقوة ملاحظته ومدى ملاءمة الأداة المستخدمة للأهداف المتوخاة من عملية القياس.(رمضان القذافي، ١٩٩٣).

ثانياً: الطرق الموضوعية أو الإسقاطية حيث يتم الاعتماد على الأساليب المقننة وأدوات ذات مواصفات معينة من حيث درجة الصدق والثبات.

ومن أشهر الوسائل والأساليب المعروفة في قياس الشخصية:

١. عينات السلوك وتقديراته: تعد الملاحظة المباشرة للسلوك نفسه والحكم عليه من خلال عينات منه تشتق من مواقف الحياة اليومية العادية للفرد وإعطاء تقدير كمي بنتيجة هذه الملاحظة أكثر الوسائل المتبعة في تقدير الشخصية.

وما يقصد بالكلام السابق هو ملاحظة سلوك الفرد أمام أشخاص مطلعين بشكل واسع على سلوكه ويحتك بهم احتكاكاً واسعاً، فقد يكونوا معلمين أو أصدقاء أو باحثين يتابعون الفرد لفترة من الزمن، ويحكمون على سلوكه وتسمى هذه الطريقة تقديراً لسلوك أو سلالم التقدير أو قد يتم إحصاء عدد المرات التي ظهر فيها سلوك معين خلال مدة زمنية محددة لتسمى هذه الطريقة بطريقة عينات السلوك.

سلالم التقدير:

تعد من أفضل الوسائل طالما هناك فرصة متاحة لملاحظة سلوك الفرد باستمرار، حيث تقوم هذه الطريقة على أساس إحلال الطالب في كل سمة سلوكية على درجة ما في سلم تتراوح درجاته بين (٦/٣) درجات، بحيث تبين كل درجة كمية متزايدة من السمة ويمكن أن تقدر السمة على سلم ثلاث قليل، متوسط، كثير، بأن تحذف الدرجتان الثانية والرابعة أو قد تصدر على سلم تتابعي، بأن توضع درجة إضافية بين كل الدرجات الخمس، ويحد عدد الدرجات بمدى توافر

المعلومات ومدى الدقة المطلوبة في التشخيص، ومن الأمثلة على هذا السلم التقديرات الأكاديمية من ممتاز إلـى ضعيف. (ملحم، ٢٠٠١) .

من سلبيات هذه الطريقة ما يسمى بأثر الهالة إذ قد لا يكون الباحث الملاحظ موضوعياً فيتحيز ويتأثر بإحدى السمات، إما سلبياً أو إيجابياً أو تقدير سمات الفرد بأكثر أو أقل مما تستحق على أرض الواقع.

ثانياً: الاختبارات الموقفية:

وتعد هذه الوسيلة شبيهة بالملاحظة نوعاً ما إلا أنها تختلف عنها بأن الفرد يتم وضعه في مواقف اختبارية مقننة شبيهة بمواقف الحياة اليومية العادية وملاحظة سلوكه في هذه المواقف وذلك بناء على الافتراضات القائلة بأن سلوك الفرد في مثل هذه المواقف الاختبارية المقننة تعكس سلوكه الطبيعي حيث يشترط أن لا يعرف الفرد بأنه يجتاز مواقف امتحانية اختبارية كأن يعطي المعلم امتحاناً للطلاب ويغادر دون رقابة ولكنه يقوم بمراقبتهم خفية ويلاحظ من يغش، ومن سلبيات هذه الطريقة ان السلوك ليس ثابتاً كل الثبوت، وأنه يتغير ويتنوع بتنوع المواقف الحياتية، فقد يضطر ان يقوم بسلوك لم يعتد عليه وذلك نتيجة لضغط ظرف ما.

ثالثاً: المقابلات:

حيث تعد من أهم الوسائل لجمع المعلومات عن الفرد، وتختلف أنواع المقابلات ما بين المقابلة الحرة التي يترك فيها المجال للمفحوص التحدث عن أي شيء يرغب في تناولـه، إلى المقابلة المقننة التي يتم فيها توجيه مجموعة معينة من الأسئلة التي سبق إعدادها بشكل جيد ويتم تسجيلها، ويشترط في المقابلة أن يكون المناخ العام فيها يسوده الود والاحترام والثقة المتبادلة بين الفاحص والمفحوص.

ومن مزايا المقابلة أن تنتج الفرصة للتعرف على عدد كبير من صفات المفحوص مثل تحديد مستوى القلق أو التوتر لديه وأسلوبه اللغوي وطلاقته التعبيرية وحساسيته تجاه مواضيع معينة ومعرفة التاريخ الشخصي للمفحوص،

ومعلومات أخرى متعددة من ماضيه وحاضره إضافة إلــى أنه يمكن توجيه الأسئلة الشخصية بشكل أسهل مما لو تم ذلك عن طريق الاختبارات المكتوبة.

ومن سلبيات المقابلة: أنها تحتاج لشخص مدرب يمتلك مهارة خاصة وإعداداً مسبقاً لما يقوم بها حتى يمكن تحقيق الفوائد المرجوة منها.

رابعاً: الاختبارات من الوسائل الأخرى لقياس الشخصية :

وهناك ما يزيد عن (٥٠٠) اختبار متداول في قياس الشخصية، ومنها الجيد ومنها غير الجيد وذلك لضعف الجانب العلمي الذي تقوم عليها ونتيجة لنقص في عمليات تقنينها وفي الاختبارات الجيدة قد لا تتحقق الفائدة المرجوة منه وبالشكل المطلوب إذا لم يقم بتطبيقها أخصائي مدرب وكفء.

وفي الغالب تحتوي هذه الاختبارات على أسئلة أو عبارات تخصص كل مجموعة منها لقياس بعد ما من أبعاد الشخصية كالاهتمام أو التكيف الانفعالي وتحول الإجابة إلــى علامات وفق تعليمات واضع الاختبار ويُصار إلــى تقدير الشخصية في ضوء المعايير الواردة في دليل الاختبار.(راضي الوقفي، ١٩٩٨).

وقد قسم القذافي (١٩٩٣) الاختبارات إلــى خمسة أنواع هي:

١. اختبارات قياس سمات معينة مثل: الثقة بالنفس والشجاعة، الاندفاع.. الخ.
٢. اختبارات لتحديد مستوى القدرة على التوافق مع جوانب متعددة من مكونات البيئة مثل: المنزل، المدرسة، المجتمع.. الخ.
٣. اختبارات للتشخيص الإكلينيكي وفق إحدى المجموعات المرضية مثل الاضطرابات...الخ.
٤. اختبارات للكشف عن تبعية الشخص لواحدة من فئتين أو أكثر مثل شخصية سوية.. الخ.
٥. اختبارات لتقدير الميول والقيم والاتجاهات سواء كانت مهنية أو علمية أو اقتصادية أو دينية.. الخ.

ويلاحظ أن جميع اختبارات الشخصية تؤكد على أن الشخصية والسلوك يعتمدان في بعض جوانبهما البنائية على توفر سمات معينة وأنه يمكن قياس قوة تلك السمات عن طريق الاختبارات. ومن الأمثلة على اختبارات الشخصية:

١. اختبار دراسة القيم:

يعتمد على نظرية سترانجر التي قسم فيها الناس إلـى ستة مناهج وفقاً للقيمة السائدة في الشخصية، ويتألف من ٤٥ سؤالاً مباشراً.

٢. اختبار مينيسوتا المتعدد الوجوه للشخصية:

ويستخدم كثيراً في العيادات النفسية لقياس السلوك غير السوي ولبعض المعالجين النفسيين وعلماء النفس أداة سريعة لتشخيص السلوك، ويتألف من ٥٥٠ فقرة مقسماً إلـى ٢٦ مجموعة، وتغطي الفقرات مجموعة من المجالات مثل الصحة، والأعراض النفسية الجسمية مثل الاتجاهات الجنسية والدينية والسياسية والاجتماعية ومجالات التربية والعمل والأسرة والزواج، ..الخ، ويجيب المفحوص على الفقرات بوضع علامات أمام الكلمات المطبوعة أمامه وهي "صحيح" وذلك في حالة انطباق الفقرة على سلوكه، و "غير صحيح" في حال العكس أو "لا أعرف" في حالة عدم معرفة الإجابة. (القذافي، ١٩٩٣) ويتضمن الاختبار ١٠ مقاييس لتقدير مدى معاناة الشخص واضطراب سلوكه في عدة مجالات مرضية منها الاكتئاب والهستيريا والفصام.

كما تتوفر في المقياس أسئلة كاشفة تبين الصدق من إجابة المفحوصين من الكذب وبعضها لبيان مدى اهتمامه بالإجابة، ويوضع لبيان الشخصية على صورة رسم بياني وذلك بناءً على إجابة المفحوص.

وتتوفر كذلك اختبارات أخرى منها:

١. اختبار تقييم الشخصية وفق نظرية نموذج الخمسة الكبار، الذي وضعه جولدبرج في (١٩٩٣).
٢. اختبار الشخصية العصابية الانبساطية المنفتحة من وضع كوستادز وزميله في عام (١٩٩٢).

٣. قياس سمات الشخصية وفق ما جاء في نظرية ايزنك.

ومن سلبيات الاختبارات هي إمكانية التلاعب بالإجابات، فمن الممكن ان تعطي الفرصة لتمويه الإجابات باتجاه يظهر المفحوص فيه بمظهر مناسب .

الاختبارات الاسقاطية أو الإضفائية:

هو تأويل مسالك الآخرين وتصرفاتهم في ضوء دواخلنا وما نحن عليه، وقد استخدم العلماء (رسومات أو أشكالاً) تساعد في إطلاق عنان الخيال عند الأفراد وتساعد على سبر خفايا النفس عندهم، وفي أثناء قيام الفرد بتخيلاته فإنه من المحتمل ان يكشف عن نوازعه الداخلية التي لا يكون واعياً لها تماماً، ويضطر المفحوص في هذه الاختبارات إلى إكمال ما يراه ناقصاً في المواقف التي تعرض عليه بوضع قسط أكبر من ذاته في إجاباته، فقد قيل أنه يسقط شيئاً في ذاته على هذه المواقف (عدس، ١٩٩٧).

ولهذه الطرائق ميزة استبعاد الكذب والتمويه والتحريف من الاستجابات إلى حد كبير.

وفيما يلي شرح مبسط لبعض أنواع هذه الاختبارات:

١. اختبار تفهم الموضوع:

وهو أحد الاختبارات الاسقاطية، ويتألف من ٢٠ من الصور الغامضة يطلب من المفحوص في حالة كل صورة منها أن يؤلف قصة عنها، ونظراً للغموض الموجود في الصور فإن المفحوص أثناء محاولته تأليف القصة المطلوبة عنها فمن المحتمل ان يضفي على الشخصيات في القصة شيئاً من عاداته أو مشاعره (عدس، ١٩٩٧)، ووضع هذا الاختبار (موريه) صاحب نظرية الحاجات في الشخصية لبيان الحاجات الأساسية التي يشعر الفرد بأنها تنقصه مفترضاً أن الشخص وهو يروي القصة إنما يتحدث عن حاجاته ورغباته واندفاعاته.

٢. اختبار بقع الحبر لرورشاخ:

يتألف من ١٠ بطاقات مطبوع على كل منها بقعة حبر تعطي كلا منها بطاقة على شكل من أشكال الحبر المتجانس في جانبيه وتتفاوت هذه البطاقات فيما بينها من حيث درجة التعقيد.

فإذا وضعت نقطة الحبر على ورقة وطويت هذه الورقة عدة طويات وضغط على موقع الحبر فيها فإن الشكل الناتج بعد إعادة فتحها يكون في العادة منتظماً ويطلب من المفحوص ان يذكر ما يرى في حالة كل بطاقة تعرض عليه منها، فمن المحتمل أن يرى عدة أشياء في نفس البطاقة الواحدة، كما أنه من المحتمل أن يرى نفس الشيء الواحد تقريباً في عدة بطاقات منها.

وقد يرى المفحوص في هذه البقع أشكالاً ووجوهاً لحيوانات وأشخاص أو لجمادات، ويعتمد على نظرة المفحوص إلـى الصورة ككل أو أجزاء وتفاصيل في الصورة أو يتأثر بألوانها وكيفية إدراكه للأحياء في الصورة في حالة حركة أو سكون، وغير ذلك مما يحتاج في تفسيره إلـى متخصص، وهذا الاختبار شائع في المجالات الإكلينيكية.

كما قام (هرلتزمان) مع بعض معاونيه من تطوير الاختبار بتحضير عدد جديد من بقع الحبر فيها تشكيلات مختلفة قصد بها أن تغطي جوانب النقص التي ظهرت في بقع الحبر الأصلية لروشراخ، وقد ظهر الاختبار المعدل في صورتين متكافئتين تتألف كل منهما من ٤٥ بطاقة.

٣. قوائم تكملة الجمل:

وهي عبارة عن قائمة من الجمل غير المكتملة أي الناقصة، حيث يقوم الفاحص بإعطائها للمفحوص ثم يطلب منه أن يكمل كل جملة بحيث تعطي معنىً مفيداً، ويشترك في هذا الاختبار السرعة بحيث ينهي المفحوص من الاختبار بأسرع ما يمكن على أن يجيب على الجمل بأول ما يخطر على باله، مثال هذه الجمل.

أساليب أخرى في قياس الشخصية:

وفي قياس الشخصية فإن أكثر الأساليب المستخدمة والمعتمدة هي أسلوب الملاحظة الهادفة، وأهمها:

١. مقياس التقدير:

النوع الشائع من هذا المقياس هو المقياس البياني الذي يجري فيه تمثيل كل صفة من الصفات الداخلة في المقياس بخط مستقيم، ويدل أحد طرفيه على القيمة العليا لها، وطرفه الآخر على القيمة الدنيا الذي يمثل تقديرات فرد ما على ثلاث صفات، هي:

الاجتهاد، الذكاء، والمحافظة على المواعيد، كما يتوجب عليه أن يكون على معرفة تامة بالشخص الذي سيجري تقدير مزاياه حتى تكون النتائج صادقة.

٢. مقياس العلاقات الاجتماعية (السوسسيومتري):

يهتم بقياس ما تحدثه الشخصية للفرد أو سلوكه على الآخرين، فكلمة سوسيومتري هي اشتقاق للطبيب النفسي جاكوب مورينا، والذي كان يؤمن بأهمية الفرد ودوره وتأثيره على مجموعة الأشخاص الذين يتصل بهم، والأسلوب السوسيومتري، يمكن استخدامه في دراسة العلاقات الاجتماعية السائدة بين الأفراد الذين توجد بينهم معرفة متبادلة كما هو بين أبناء الصف الواحد، فكل فرد يستطيع أن يحدد درجة تقبله أو رفضه للأفراد الآخرين في مجموعته بالنسبة لنشاط أو سلوك اجتماعي معين، وهذا يؤدي إلـى تحليل العلاقات الاجتماعية بين هؤلاء الأفراد والوصول إلـى وصف عام لطبيعة العلاقة بينهم.

لقد جرت مؤخراً محاولة لاستخدام الكمبيوتر لقياس جوانب مختلفة من الشخصية، إلا أن دقة هذه المعلومات ترتبط بوجود برنامج سليم متكامل. وهذا يتطلب الإحاطة بكل جوانب الشخصية، الأمر الذي يحتاج لمدى ووقت كافيين.

وخلاصة الكلام أن العديد من العلماء يجمعون على أن هذه الاختبارات لا تعدو كونها محاولات أولية للتعرف على جوانب الشخصية وأنها لم تصل بعد

إلـى درجة عالية من الصدق والثبات، لذلك فإنه من المفضل أن تطرق نتائجها بمعلومات أخرى يتم جمعها من الأفراد المعنيين بطرق أخرى مختلفة.

الاضطرابات النفسية (السايكوسوماتية):

لهذه الأمراض أعراض جسمية لا ترتبط بأي مرض عضوي في الجسم، إلا أنها تعتمد في ظهورها على أسباب وعوامل نفسية آنية أو سابقة، وتزول هذه الأعراض بمجرد زوال هذه الأسباب والعوامل عن طريق العلاج النفسي، فيعود الفرد إلـى حالته الطبيعية، إلا أن الاضطراب النفسي يمكن أن يقنع بأقنعة جسدية مختلفة مثل الصداع وزيادة دقات القلب والتعرق وارتجاف الأيدي وغيرها بل أن هذه الأقنعة يمكنها أن تتحول إلـى أمراض ذات أساس عضوي في نطاق مثل القرحة، والذبحة الصدرية وغيرها، وهذه الأمراض تدخل عادة في نطاق الطب العضوي الباطني ولكن العلاج النفسي يمكنه أن يدعم شفاء هذه الحالات.

ومن الأسباب المهمة لمثل هذه الاضطرابات الكلامية تلك التي ترتبط ببيئة الفرد ومجتمعه، حيث اللهجات المتعددة أو اللغات فضلاً عن الكسل وسوء التوافق الأسري والقلق الزائد على الطفل والرعاية الزائدة وغير ذلك.

الهرب من البيت أو المدرسة:

وهذا الأمر ليس بالنادر، وقد يحدث لدى الأطفال لشعورهم بعدم الارتياح من البيت أو المدرسة لكثرة المواقف المؤلمة والصادمة لهم حيث العقاب الشديد، والمحاسبة المخيفة أو المعاملة القاسية، فيلجأ الطفل أو الحدث إلى الهروب تخلصاً من ذلك كله، والبحث عن بديل هذه الظروف الشاذة والمتصلبة.

ويعد تهدم الأسر وتفككها، وكذلك فوضوية المدرسة ونظمها عوامل تساعد على الهرب، وقد يكون الهروب بفعل عوامل أخرى وقوى تدفع الطفل أو الحدث إلى تلك تتمثل في جماعة الأقران حيث التوحد أو التطابق معهم في سلوك الهروب وبخاصة من المدرسة وتؤدي عوامل الإغراء والترغيب دوراً فاعلاً في ممارسة هذا السلوك.

اضطرابات العادات:

وتتمثل هذه العادات في مص الأصابع وقضم الأظافر وقرض الأقلام وشد الشعر وتحطيم الأواني وغير ذلك، وهذه العادات قد تكون طبيعية في سن وظروف معينة وبخاصة مص الأصابع في مرحلة الرضاعة، إلا أنها قد تصل إلى درجة الاضطراب عندما يصبح استعمالها مستمرا حتى سن متأخر من الطفولة والحداثة يصل استخدام بعض هذه العادات إلى درجة الاضطراب المقلق.

ومن أسباب اضطراب العادات منها ما هو عضوي كالعادات الجسمية ومنها ما هو نفسي كالصداع والإحباط والحرمان والضغوط النفسية والقلق والتوتر والشقاء وكثرة المشاكل وعدم تحقيق إشباع الحاجات الأساسية، ومنها ما هو بيئي كالمعاملة الوالدية ودرجة الاتزان الانفعالي في الأسرة.

اضطرابات الشباب والكبار:

١- الخوف من الجنون:

الخوف من الجنون يقض مضاجع أغلب الناس، وليس من العسير أن نفهم ذلك إذ نحن تابعنا التطور التاريخي لفكرة الجنون.

لقد ظل الناس قرونا يعتقدون أن احتجاز الذهن البشري لمشكلة ما دون حل يدفعه إلى تركيز تفكيره عليها فيتحول التفكير إلى قلق، واستمرار هذا القلق يقلب توازن الذهن ويؤدي بالفرد إلى الجنون.

إن مثل هذا الاعتقاد غير صحيح على الإطلاق، ومع هذا فإن البعض من الناس يؤمنون به ومنهم من يتردد على العيادات النفسية أو يشكون حالته، وكانت حاله يقول (أكاد افقد عقلي. لقد أوشكت على الجنون) والشخص المختص من جهته لا يشك بأن مثل هذا القول مجرد هراء لأن المجنون هو الشخص الوحيد الذي لا يعرف بجنونه ولا يشعر به.

أن هذا النوع من الناس يخشى الجنون وهو في الواقع ضحية لمشكلة فشل في حلها أو لم يجد أمامه من مهرب سوى الخوف من الجنون إلى هو في

الواقع لون من ألوان الهروب، حيلة دفاعية، كما هو الهروب إلى إدمان الكحول أو المخدرات أو أشكال الهروب الأخرى.

من الناحية العامية ينظر الطبيب النفسي وعلم النفس إلى هذه الحالات على أنها رغبة جامحة، ولكنها تستره للهروب من العالم بما فيه من مشكلات.. فالمجنون إنسان بلا مسؤولية لأن جنونه يجعله غير مسؤول عن أي من المستلزمات الحياتية وطاقته الوظيفية العادية، وهذا كلهُ يعد بمثابة تهديد دائم ومستمر للجسم فالمعروف أن التوتر يعد بمثابة تهديد للقلب والانفعال الزائد يؤدي إلى زيادة ضغط الدم وارتفاع نسبة السكر فيه وغير ذلك. ومما يذكر عن الإمام علي بن أبي طالب رضي الله عنه قال: (الهم يذيب الجسد) وقوله (الحزن يهدم الجسد) وقوله (الهم نصف الهرم).

مراحل الاضطرابات النفسجسمية:

عندما يقوم الجسم بكافة وظائفه بشكل جيد يكون هذا الجسم في حالة اتزان وان ردود فعل الجسم أمام المثيرات النفسية المؤدية إلى التعب والإرهاق تقود إلى إفراز مادة الأدرينالين التي يفرزها الجاهز العصبي والتي تؤدي إلى تسارع دقات القلب وارتفاع ضغط الدم الشرياني، وتوسع حدقات العيون، وارتفاع قابلية الدم للتخثر والتأثير على ضخ الدم لمختلف أعضاء الجسم بحيث تنحسر كمية لا بأس بها من الدم عن هذه الأعضاء ولكن تتجه نحو الدماغ المتوسط ويندفع الدم أيضاً نحو عضلات الوجه والأطراف.

إن تأثير المثيرات النفيسة المؤدية إلى التعب والإرهاق النفسي تمر بثلاث مراحل مهمة هي:

المرحلة الأولى: وتتمثل بردة فعل تعد بمثابة الإنذار وتتجلى بتحريك قدرات الجسم من اجل التصدي لهذه المثيرات النفسية.

المرحلة الثانية: وتأتي هذه المرحلة عندما يكون تأثير المثيرات النفسية مستمراً وتسمى هذه المرحلة بمرحلة المقاومة وتتجلى هذه المقاومة بقيام عوامل

الدفاع بدورها في مواجهة عوامل التعب والإرهاق الناتجة عن المثيرات النفسية، وهذا يقتضي تعبئة كافة قدرات الجسم.

المرحلة الثالثة: وتسمى هذه المرحلة بمرحلة الاستنفاد وتتميز باستنفاد قدرات الجسم على التكيف مع عوامل التعب والإرهاق الناتجة عن تأثير المثيرات النفسية مما يجعل الجسم عاجزا عن التفاعل أو حتى القيام بردود فعل على المثيرات وقد تؤدي هذه الفترة في حالة استمرارها إلى الموت.

إن الدراسات التشريحية في مختلف المراحل الثلاث تشير إلى إصابة الكائن الحي نتيجة تعرضه للعوامل الإرهاق النفسي بأمراض مختلفة مثل: القرحة، أمراض القلب، تصلب الشرايين، ضغط الدم، أمراض السكر وغير ذلك.

بعض الأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية):

من الجدير بالذكر أن تأثير المثيرات النفسية المؤدية إلى التعب والإرهاق النفسي والجسمي لا يعني الإثارة السلبية فقط إلى الأوضاع المؤلمة ولكن من الممكن أن يأتي التعب والإرهاق نتيجة الأوضاع النفسية المفرحة فالإحساس بالفرح وغيره من الحوادث السارة يمكن أن تؤدي إلى تأثيرات سلبية على الجسم وفي الحقيقة أن قدرا من الإرهاق والتعب هو ضروري لتحقيق النجاح وهو في هذه الحالة مطلوب وصحي شرط أن لا يسيطر على وعي الإنسان ويكبله.

وفيما يأتي عرض مختصر لبعض الأمراض العضوية ذات المنشأ النفسي، وتلك التي تساعد على تدهور الوضع النفسي.

أمراض الشرايين التاجية:

يؤكد معظم الأطباء المختصين في هذه الأمراض بأن الإصابة بأمراض انسداد الشرايين التاجية تكون اكثر حدوثا عند الناس الذين يتكلمون بصوت عال وعند الناس المراهقين بسبب ظروفهم المعاشية. كما أن غالبية المصابين بهذه الأمراض هم من الناس الفائقي الحيوية والذين يركزون كل حواسهم نحو هدف

معين وان اغلب هؤلاء المرضى كثيري الطموح ويقومون باستهلاك أنفسهم دون حساب من اجل بلوغ أهدافهم التي تركز حول تدعيم قوتهم في المجتمع.

أسباب هذه الاضطرابات:

عرفت الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها تلك الاضطرابات الجسمية الناتجة عن اضطرابات انفعالية ممتدة، أو نمط معين في الشخصية والتي تؤدي بدورها إلى تلف أو خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم، حيث تتأثر صحة الإنسان النفسية بدرجة كبيرة من صحته الجسمية لان النتاجيتين تتكاملان في كل واحد هو الشخصية الإنسانية بأبعادها ومكوناتها المختلفة، وفيما يأتي أهم الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات.

١- الأمراض الجسمية:

وخاصة تلك الأمراض التي تنشا في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الفرد فالأطفال الأصحاء جسميا قد يسلكون الطريق القويم إذا ما اضطروا إلى مواجهة مواقف تدفع بهم إلى القلق والاضطراب.

إلا أن المرضى جسميا لا يستطيعون مواجهة القلق والاضطراب مثلما يفعل الأصحاء مما يزيد من احتمال تعرض أعضاء معينة من الجسم للمرض وزيادة قلق الفرد على صحته.

٢- الاضطرابات الجسمية:

يحصل لدى بعض الأفراد اضطرابات جسمية منها ولادية تحدث أثناء فترة الحمل أو بفعل عوامل واستعدادات وراثية ومنها غير ولادية تحدث بعد فترة الولادة التأثيرات الفيزيائية للبيئة التي تحيط بالفرد وتتمثل هذه الاضطرابات في الضعف العقلي أو النقص والتشوهات الجسمية أو التلف في الجهاز العصبي أو الخلل من إفرازات الغدد وغير ذلك من أجهزة الجسم المختلفة.

وهذا كله يؤدي إلى علل نفسية تؤثر في الحالة الانفعالية للفرد وتسيطر على شخصيته وتقوده نحو التوتر وعدم الاتزان الانفعالي، وهذا يعني أن

الشخصية في اضطرابها النفسي والجسمي هي بفعل العوامل الاستعدادية والبيئية في آن واحد.

٣- القلق والصراع والحضارة:

شاعت الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) بمختلف أنواعها في الربع الثاني من القرن العشرين وقد ارتبط انتشارها بالقلق والتطور الحضاري والثقافي والصراع بين القديم والحديث مما شكلت هذه الاضطرابات خطورة على حياة الأفراد وعلى توافقهم العام أو المهني أو الصحي.

وعصرنا هذا الذي نعيش في أواخر قرنه لأبعد عصر للقلق فحسب ولكنه عصر القلق والانعصاب والانفعال ولا شك أن كل هذا وذلك يؤثر تأثيرا جذريا على الحالة النفسية للفرد فيصاحب أي نوع من الانفعال تغيرات بدنية خارجية وأخرى فسيولوجية داخلية، وبعد الانفعال السلبي سويا إذا تمكن الفرد من افساده ومواجهته والتغلب عليه، ولكن عندما يصبح الانفعال مزمنا أو عظيما يضطرب التوازن الكيميائي للجسم ويظهر الاختلال المستمر في عدة أشكال وصور منها الاضطرابات النفسجسمية.

٤- اضطرابات العلاقات الأسرية:

ومن أولى مظاهر الاضطرابات العلاقة المضطربة بين الطفل ووالديه عند تدريبه على تناول الغداء وضبط عمليتي التبول والتبرز، إضافة إلى نقص الحب والخوف من الانفعال والحرمان والحاجة إلى القبول، وفقد واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة والخلافات الأسرية وعدم السعادة الزوجية وكلها تؤثر على الحالة النفسية للطفل وبخاصة الأطفال، فقد وجد أن هناك ارتباطات موجه بين حالة الاكتئاب ومواقف الحياة وبين بعض الاضطرابات السيكوماتية لدى الأطفال. فالضغط الانفعالي الشديد المستمر في الأسرة والتوتر النفسي والانفعالي الطويل فيها يؤدي إلى استدخال ذلك.

علاج أمراض الشرايين التاجية:

العلاج الطبي:

إن العلاج الأساسي هو العلاج الطبي الذي يجب على المريض اتباعه بعد تخطيه مرحلة الخطر التي تتطلب الراحة التامة لفترة لا تقل عن ثلاثة أسابيع يتناول خلالها العقاقير الطبية التي يصفها الطبيب للتخفيف من الألم ووقاية حوادث التخثر، واستعمال الأوكسجين ومنشطات القلب والمخدرات إذا اقتضى الأمر ذلك.

العلاج النفسي:

وقبل التطرق إلى العلاج النفسي علينا أن نفهم الاضطرابات النفسية التي تسببها الأمراض، إذ توجب أن نتذكر بأن السلوك الإنساني يرتكز على غريزتين أساسيتين هما غريزة البقاء وغريزة الاستمرار، وعلى ذلك فإن غالبية المصابين بهذه الأمراض يرفضون الاعتراف بآلامهم قبل الإصابة أو بأي شيء يهدد بقاءهم، لكن الإصابة بأمراض تجعلهم يقفون فجأة في مواجهة الموت دون أن يكونوا فكروا سابقاً باحتمال قبل هذه المواجهة، مما يهدد غريزة البقاء عندهم، وهذه المفاجأة هي السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى تحولات كثيرة في أسلوب المريض وفي نمط سلوكه بعد شفائه كما أن هناك عاملاً آخراً هو غريزة الاستمرار التي يعبر عنها الإنسان عن طريق الجنس بالتزاوج بهدف إنجاب الأطفال، وهذه الأمراض تهدد الغريزة، إذ إنها تتطلب جهداً لا يستطيع المريض وهو في المرحلة الخطيرة بذله؛ لهذه الأسباب يعاني مرضى الشرايين التاجية وبخاصة الذبحة في حالة اختناق نفسي، فهم قد اعتادوا على مواجهة الصعوبات بعزم كما سبق إلا أن مواجهة الموت هي صعوبة أخرى، بحيث لا يستطيع الفرد بمثل هذه الأمراض مواجهتها بالاعتزاز والثقة بالنفس، مما يؤدي إلى الانهيار الواضح المستمر حسب معطيات كل مريض.

والحقيقة أن العلاج النفسي يفرض نفسه منذ اللحظة الأولى للإصابة بهذه الأمراض من خلال المراحل التالية:

المرحلة الأولى:

تكوين فكرة عن شخصية المريض مما ساعد على تحديد الطريقة التي يجب اتباعها في إبلاغه بإصابته وهي خطوة أولية من تهيئة المريض لنمط الحياة الجديدة التي يجب عليه اتباعها.

المرحلة الثانية:

أمدها خمسة عشر يوماً وهي مرحلة بقاء المريض في المستشفى وهي مواجهة الصعوبات النفسية وبخاصة حين يقوم بها الآخرون لمساعدة المريض على قضاء حاجاته وهو في لحظات ضعفه، هذه، وكذلك خوفه بعد ترك المستشفى من أن يكون بحاجة إلى فترة عناية إضافية على المعالج النفسي في هذه المرحلة أن يؤكد له بأن خوفه هذا اللاعقلاني وأنه، أي المعالج النفسي يتدخل في أي وقت لاستدعاء الطبيب المعالج إذا اقتضت الحاجة.

المرحلة الثالثة:

على المعالج النفسي في هذه المرحلة أن يحدد الخطوات التي يجب على المريض اتباعها وأن يديم علاقته بالمريض، وذلك لميل المريض للوسواس المرضية. كما أن الفترة التي قضاها المريض في المستشفى وجعلته يتعايش معا الخصائص الشخصية لمرضى الشرايين التاجية.

توصل الباحثون في معهد ستانفورد العالمي للأبحاث وعلى رأسهم العالم روزنمان إلى تحديد نمط سلوكي للمرضى المصابين بانسداد الشرايين التاجية تتمثل بالعلاقة بين الفعل والانفعال التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعاً دائماً بهدف الحصول وبأقل وقت ممكن من الأشياء والأهداف ويعرف هذا النمط السلوكي حيث يختلف عن حالات القلق العادية، إذ أن الشخص الذي يعاني من القلق العادي يتراجع ويطلب النصح إذا ما أحس أن نصاب الأمور قد خرجت من يديه وهذا يبين أن هناك فارقاً بين شخصية القلق العادي التي تعرضه للانهيار وبين النمط الذي يؤدي قلقه إلى إصابته باضطراب الشرايين. (الظاهر الطيب، ١٩٩٤)

٣

الفصـــل الثالث

محتويات الفصل الثالث

- مجالات الإرشاد النفسي .
- مشكلات العلاقة مع جماعة الرفاق والعزلة الاجتماعية .
- المشكلات التي تتعلق بالدراسة والتحصيل الدراسي والعادات الدراسية الخاطئة.
- الدوافع في مدارس علم النفس.
- العمل والمهنة.
- الحاجات وأثرها على الصحة النفسية.
- نسبة الصحة النفسية .
- أهمية الصحة النفسية للأفراد والمجتمع.
- قلق الامتحان .
- الاختبارات الإرشادية وأغراضها.
- اختبارات التحصيل.
- استخدام الاختبارات التحصيلية.
- صدق الاختبارات التحصيلية.
- معايير الاختبارات التحصيلية.
- وظائف الاختبارات التحصيلية.
- أنواع الاختبارات التحصيلية.
- دور الاختبارات في تعميم التحصيل.
- وظائف وأغراض الاختبارات النفسية.
- الأنواع الأخرى من الاختبارات النفسية.
- اختبارات ومقاييس الشخصية.
- طريقة استرجاع العلامات المعيارية.

مجالات الإرشاد النفسي

لقد كان لتقدم الحركة العلمية في مجال علم النفس خلال القرن الحالي أثر كبير على العملية التربوية بوجهٍ عام. ونشأ اهتمام كبير بحاجات الفرد وقدراته واستعداداته. وضرورة فهم اتجاهاته وقيمه، وتخفيض التوتر النفسي الذي يتعرض إليه نتيجة المشكلات التي يواجهها في مختلف مراحل حياته. كل ذلك ليحقق التكيف السّوي وزيادة الفعالية والكفاية في مختلف المجالات التي يعمل بها. كما أن تحقيق هذا الفهم وهذا التكيف يسمح للفرد بالنمو السّوي في مختلف النواحي جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً. وبذلك يتحقق هدفان:

- هدف فردي، حيث يتمتع الفرد بالتكيف السّوي والصحة النفسية التي تمكنه من الإقبال على حياة العمل والإنتاج والابتكار.
- وهدف اجتماعي، حيث تتوافر للمجتمع السلامة الاجتماعية والأمن الاجتماعي والتعاون والتفاهم على المستوى الوطني والقومي والإنساني.

لقد نشأ الإرشاد النفسي نتيجة طبيعية لتطور جهود التوجيه المهني والتوجيه التربوي. والاهتمام الذي تناول شخصية الفرد بجوانبها العقلية والدافعية والانفعالية، وقد أصبح يتناول تكيف الفرد في الحياة المدرسية: (الإرشاد التربوي)، أو المهنية (الإرشاد المهني)، أو الأسرية (الإرشاد الأسري)، أو الأطفال (الإرشاد للأطفال). (الداهري، ٢٠٠٠).

ولكي يُتجنَّب الحديث المسهب في هذا الكتاب عن المجالات كافة من جهة، ولأن المؤلف أراد أن يوجز هذه المجالات، فقد تم تناول أربعة مجالات فقط سنتحدث عنها في هذا الكتاب لعلاقتها بالصحة النفسية، وهي:

الإرشاد التربوي .

الإرشاد المهني .

الإرشاد الأسري .

إرشاد الأطفال .

الإرشاد التربوي:

يمكننا تعريف الإرشاد التربوي بأنها تلك العملية المنظمة والمخطط لها لمساعدة الطلبة على مواجهة صعوباتهم ومشكلاتهم التي تقلل من عملية التعلم والتقليل من فعاليتها ومساعدة هؤلاء الطلبة للتخلص من مشكلاتهم والسيطرة على هذه المشكلات، وتتعدى هذه العملية الإرشادية لتشمل التعرف على المشكلات التي يعاني منها الطلبة في الأسرة والشارع، والساحة، وداخل الصف. (سمارة، ١٩٩١).

غالباً ما تقدم خدمات الإرشاد التربوي في المدرسة، وتتضمن المساعدة في تشخيص وعلاج المشكلات التي قد تفترض المسيرة التربوية للفرد بشكل يساعد في تحقيق تكيف أفضل للمواقف التربوية، ولعلّه من هنا يتضح لنا أن الأهداف الرئيسية للإرشاد التربوي تتضمن معرفة الطلاب وفهم سلوكهم، ومساعدتهم في الاختيار السليم لنوع الدراسة ومناهجها، وتحقيق الاستمرار والنجاح فيها، وحل ما قد يعترض ذلك من مشكلات. (نصر العلي، ١٩٨٦).

ويهتم الإرشاد التربوي بمساعدة الطالب على السير في دراسته سيراً حسناً، حيث يقوم المرشد بالتعاون مع الطلاب للتغلب على الصعوبات التي تواجههم في حياتهم الدراسية بشكل عام مثل: كثرة الغياب، والتأخير، وضعف التحصيل الدراسي، وعدم التركيز في المذاكرة، وكذلك مساعدة الطالب على استغلال وقته استغلالاً مفيداً حيث ينظم ساعات دراسته وساعات ترفيهية بطريقة تضمن له التوافق النفسي والصحة النفسية والنجاح الدراسي، كذلك يهتم الإرشاد التربوي بحل العديد من المشكلات التربوية مثل: وضع المتفوقين دراسياً حيث تتم رعايتهم الرعاية التربوية التي تتوافق مع قدراتهم وطموحاتهم في دراستهم، ومشكلة المتخلفين دراسياً بحيث يخطط لصقل مواهبهم وتوفير رعاية خاصة لهم قد لا يتسنى توفيرها خلال الدروس العادية، كما ويهتم هذا النوع من الإرشاد بمحاولة اكتشاف النبوغ المبكر عند الطلاب حتى يتسنى توجيه كل فئة إلى الوجهة التي تتناسب مع قدراتهم وميولهم. (عبد السلام، ١٩٨٧).

إن الطفل في عمر المدرسة يواجه عدداً من المشكلات التي تؤذيه بشكل عام في صحته النفسية، بعض هذه المشكلات تعبير عن اضطراب نفسي شديد وبعضها تعبير عن

سوء التكيف من درجة غير شديدة. وقد وصفت حالات هذا النوع الثاني في أربع فئات اعتماداً على الصبغة الغالبة فيها، حيث تضم الفئة الأولى: مشكلات تتصل بالنمو العام للطفل، ومن بينها: التبول اللاإرادي أو السلس الليلي واضطرابات الكلام، وتضم الفئة الثانية: مشكلات تتصل بالنمو العقلي، أما الفئة الثالثة: فتضم مشكلات تتصل بالحياة العاطفية والنمو الانفعالي ومن بينها : ثورات الغضب ومشكلات الجنس والخوف من المدرسة. أما الفئة الرابعة: فتضم مشكلات تتصل بالنمو الاجتماعي ومن بينها: النزوع العدواني والصداقة والأصدقاء، حيث إن وجود هذه المشكلات بين تلاميذ المدرسة يستدعي أن تقوم المدرسة بواجبها من أجل مساعدة التلاميذ في التغلب على مشاكلهم والتخلص منها علماً بأن نسبة وقوع هذه المشكلات ليست نسبة بطيئة بل متزايدة وكذلك ليست بسيطة، فالمدرسة تمارس مسؤولياتها معتمدة على المرشد متعاونة مع الأسرة لاجئة في النهاية إلى جهات متخصصة في علاج هذه المشكلات أولّها المرشد النفسي، ويليه المعالج النفسي وعيادته، ثم الطبيب والمشفى الخاص بمشكلات الأطفال النفسية، إن لزم الأمر ذلك.

إن هناك العديد من المشكلات التربوية التي يتم بحثها ضمن الإرشاد التربوي؛ نستطيع أن نوجزها فيمايلي: (سمارة، ١٩٩١).

١. مشكلات الأطفال غير العاديين وهم:

- المتفوقون عقلياً ويشملون ١٦% من مجموع الأفراد.
- المتخلفون عقلياً ويشملون ١٦% من مجموع الأفراد.
- الأفراد المتوسطون عادةً ويشملون ٦٨% من مجموع الأفراد.

٢- مشكلة اختيار نوع الدراسة والتخصص، ومن أهمها الصراع الذي يحصل عند الطالب خصوصاً بعد إنهائه مرحلة التعليم الأساسي في أن يتجه نحو التعليم المهني أو الأكاديمي، ولا بدّ هنا من الإشارة إلى أهمية الإرشاد التربوي في ذلك.

٣- مشكلات النظام وسوء التوافق التربوي كالفشل الدراسي، والفصل من المدرسة وصعوبات المواد، واللجوء إلى حالات الغش، ومخالفة تعليمات المدرسة، والتسرب من المدرسة وغير ذلك.

بالرغم من الأهمية الكبيرة للإرشاد التربوي في المراحل التعليمية إلا أن استخدامه ما زال مقتصراً على مجال ضيّق نسبياً، ونحن نعلـم أن وظيفـة المدرسـة الأساسـية هـي إعداد الجيل إعداداً علمياً وخلقياً ونفسياً واجتماعياً بحيث يسـتطيع أن يـؤدي دوره في المجتمع بشكل فاعل ومؤثر، حيث إن المدرسة تعـدّ المؤسسـة الاجتماعيـة الثانيـة بعـد الأسرة من حيث تأثيرها عـلى الطفـل، فهـي التـي تعـدّه للحيـاة المسـتقبلية مـن خـلال اكتشاف قابلياته وقدراته وتقديم برنامج تربوي وعلمي لغرض تطـوير هـذه القابليـات بالاتجاه الذي يجعل الفرد قادراً على خدمة نفسه وخدمة مجتمعـه. وهـي التـي تـوفر الأمن النفسيـ والاجتماعـي للفـرد إن اسـتطاعت اسـتيعاب حالـة التطـور التكنولـوجي والعلمي والمستحدثات التربوية وقدّمت العلـم والمعرفـة بالأسـلوب العلمـي الحـديث، واستطاعت أن ترقى بالمستوى الاجتماعي إلى الحد الذي يجعلها مركز إشـعاع اجتماعـي ونفسي، بيد أن المؤسسة تعمل على تيسير النمو الطبيعي للتلاميذ من النواحي اللغويـة والفكرية والانفعالية والاجتماعية والجسدية والمعرفية، إلا أنهم يتعرضـون لأشـكال مـن الصعوبات في المدرسة يستطيع بعضهم مواجهـة هـذه الصـعوبات بنجـاح ويصـلون إلى التكيف المناسـب وآخـرون لا يسـتطيعون فيعـانون مـن سـوء التكيـف. مـن هنـا يـأتي الاهتمام بالإرشاد التربوي في المدرسة حيث نستطيع عن طريق المرشد التربوي مسـاعدة الطلاب الذين يعانون من سوء التكيف، حيث يوفر الإرشاد التربوي الجو النفسي للطلبة بما يساعدهم على النمو السليم. (أبو عيطة، ١٩٨٤).

الإرشاد النفسي:

وهو مساعدة الفرد على اختيار المهنة التي تلائم قدراته وإمكاناته واتجاهاته مما يؤدي إلى توافقه النفسي والمهنـي، وهـو تقـديم المعلومـات والخـبرات والنصـيحة التـي تتعلق باختيار المهنة والإعداد لها والالتحاق بها والتقديم والتقدم بها. (زهران، ١٩٨٣).

وقد عرّف سوبر (Super) الإرشاد المهني بأنه: عمليـة مسـاعدة الفـرد عـلى إنمـاء وتقبل صورة ذاته بشكل متكامل وملائم لدوره في عالم العمل وكذلك مساعدته عـلى أن يختبر هذه الصورة في العالم الـواقعي وأن يحوّلهـا إلى حقيقـة واقعـة بحيـث تكفـل لـه السعادة وللمجتمع.

إن خدمات الإرشاد المهني تنطوي على مساعدة الفرد في حل مشكلات التوافق مع مهنته، فإذا كان الفرد قد توجه التوّجه السليم واختار مهنة تؤهله قدراته لها، رضي عن تلك المهنة واستقرّ واستمرّ بها ونجح وترقّى، كما ينتظر أن يتوافق اجتماعياً مع زملائه، أمّا إذا صادفته مشكلات سواءٌ في التوافق لمهنته أو في التوافق مع زملاء عمله فيمكن أن تقدم له خدمات إرشادية تساعده في التغلب على تلك المشكلات(قطامي، ١٩٩٢).

هناك أساليب متعددة يمكن للفرد اتباعها بمساعدة المرشد النفسي لتحقيق التكيف المطلوب:

١- التكيف عن طريق مهاجمة المشكلة مهاجمة مباشرة، ومن ذلك ما يلي :

- إعادة محاولات حل المشكلة.
- رفض قبول الهزيمة.
- تنمية الشعور بالثقة من وراء الصعوبات.
- الاعتراف بالمشكلة وقبولها وحلّها عن طريق الذكاء والاستبصار.
- اتباع المذهب الرواقي الذي يشير إلى أن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح وأن يخضع من غير تذمر لحكم الضرورة (العيسوي، ١٩٩٩).

٢- التكيف عن طريق التقدم في الوظيفة حيث يستطيع الفرد أم يتقدم في عمله عن طريق دراسة المهنة وتنمية معدّات وقدرات الوظيفة أو تنمية أساليب وطرق العمل الذي يقوم به، أو دراسة زملاء العمل من أجل تحسين العلاقات الإنسانية منهم (Human Relationship).

٣- المناشط البديلة التي تساعد الفرد على الالتفاف حول مواطن الضعف مثل القيام بعمل خدمات أو تقديم مساعدات للآخرين وأخذ المناصب أو المواقع القيادية والقيام بعمل إيجابي في التنظيم الاجتماعي كالعمل بالمسجد أو الكنيسة أو ....الخ، والعمل على اكتساب الشهرة الاجتماعية أو التحدث في الاجتماعات.

كما ظهرت طريقة حديثة نسبياً للإرشاد المهني في جامعة مينيسوتا في الولايات المتحدة الأمريكية على يد عالم النفس وليامسون (Williamson) عندما كان يعمل في

مركز الإرشاد مع طلبته للعمل مع نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل لأنه تم تطورها مع طلبة الجامعات العاديين، وتتلخص هذه الطريقة بالخطوات التالية: (الصمادي، ١٩٩٤):

- التحليل: أي جمع المعلومات المفضلة عن النزيل ومشكلاته وتحليل البيانات التي تمّ الحصول عليها من الاختبارات والمقاييس.
- التركيب: وهي عملية تنظيم المعلومات وتبويبها، ثم تلخيصها بشكل يعطي معنى جديداً.
- التشخيص: أي تحديد المشكلة وأسبابها وأغراضها وحجمها وشدّتها وتكرارها ومدّتها.
- التنبؤ: ويتضمن تحديد مآل المشكلة من خلال توقعات المرشد حول التطورات المستقبلية للنزيل على ضوء درجة تعقيد مشكلته وصعوبتها وجدّيتها.
- الإرشاد الفردي: ويشمل الخطوات التي يتخذها المرشد لمساعدة النزيل في الوصول إلى قرار لحل المشكلة وتتضمن الخطوات السابقة الذكر والتي من خلالها يجرب البدائل والحلول.
- المتابعة: وتعني متابعة تطور الحالة بعد انتهاء العملية الإرشادية.

إن عملية الإرشاد والتوجيه المهني تتصف بعدّة خصائص رئيسية من الواجب مراعاتها والاهتمام بها ومنها أن عملية الإرشاد والتوجيه المهني عملية تتصف بالمرونة والقابلية على التغيير الذي يساعد الموجه في التعامل مع الحالات الفردية بخصوصية تنسجم وحالة الفرد، وهي كذلك عملية مستمرة وليست مقصورة على مرحلة واحدة من مراحل الحياة الإنسانية فهي مستمرة ما استمرّ الإنسان بالقيام بواجبات العمل. وهي كذلك عملية لا تجبر الفرد على اتخاذ أي قرار أو القيام بأي عمل فحريته في الاختيار المهني مرهونة بالفرد نفسه حيث إن قرار الفرد يجب أن يكون منطلقاً من ذاته ومن دون ضغط أو إكراه من قبل المرشد أو المجتمع؛ لأن ذلك يمنحه القدرة على التفاعل وبالتالي تحقيق التوافق الشخصي الذي هو أساس التوافق المهني.

عموماً، قد يثير القارئ هنا سؤالاً مباشراً، كيف تواجه الإدارة سوء تكيف العامل مع عمله إن حصل ذلك؟

وفي محاولة للإجابة على هذا التساؤل يذكر أن الإجراءات المتخذة في الغالب- لمواجهة سوء تكيف العامل مع عمله تتجه في أربعة اتجاهات رئيسية:

- الإجراءات الوقائية في مواجهة سوء تكيف العامل وتشمل شروط مكان العمل ووضع الأجهزة والأدوات والإضاءة والتهوية والصحّية وطريقة سير العمل وتوزيع ساعاته وأوقات الراحة خلال الدوام اليومي وخلال الأسبوع، كما تشمل الإجراءات الوقائية كذلك تحديد الأجور ومدى مناسبتها مع تكاليف المعيشة وأخذ ذلك بعين الاعتبار، وتنظيم العلاقات الاجتماعية في ميدان العمل فيما يتصل بالعامل والإدارة والعامل ورفاقه، كما تشمل إجراءات اختيار العامل لما يصلح له وتوفير فرص الترقية اللازمة له والتدريب المناسب كذلك.
- إجراءات الدعم والتقوية في مواجهة سوء تكيف العامل ، حيث تشمل هذه الفئة من الإجراءات ما تقوم به المؤسسة من أجل تمتين الشروط الشخصية للعامل ودعم مقاومته ضد الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى سوء التكيف. والأساس الذي ترتكز عليه هذه الإجراءات هو زيادة المتعة لهذا العامل في مواجهة الظروف التي لا تستطيع المؤسسة أو غيرها إزالتها وهو أساس تعتمد عليه الدراسات العلمية في الميدان العام للصحة النفسية وتضم هذه الإجراءات برامج للترفيه وبرامج للتوعية والتثقيف والتدريب وندوات مختلفة وتوفير شروط معيشية مناسبة وتوفير بعض الظروف لزيادة الدخل أو استعمال ما هو متوافر منه استعمالاً جيداً في تعاونيات تلحق بمركز العمل.
- الإجراءات العلمية في مواجهة سوء تكيف العامل، وتتمثل هذه الإجراءات بالدراسات العلمية التي تجريها عادةً المؤسسة الصناعية أو التجارية.. التي تتصل بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالمشكلات التي يمكن أن تصيب العامل خلال ساعات العمل أو بتأثير العمل. تشمل هذه الدراسات أنواعاً مختلفة من الموضوعات نذكر منها موضوع تحليل العمل وطوارئ العمل، آثار الغبار في صحة العامل، آثار الضجة على العامل، حياة العامل خارج المصنع أو المتجر، الخلافات بين الإدارة والعامل

وغيرها الكثير. ولابدّ من الإشارة هنا أن العناية بالصحة النفسية للعامل من بين الأهداف الرئيسية التي تهدف إليها المؤسسة من هذه الدراسات.

- الإجراءات العلاجية في سوء تكيف العامل حيث نلجأ إليها في حالة عدم نجاح الإجراءات السابقة.

الإرشاد الأسري:

يُعرّف (العلي ومرعي) الإرشاد الأسري على أنه مساعدة أفراد الأسرة- الوالدين وأولادهما وبناتهما وحتى الأقارب فرادى أو في مجموعة- على فهم الحياة الأسرية وتوزع الأدوار فيها وواجبات وحقوق كل فرد فيها وذلك لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات التي قد تظهر في هذه الأسرة. (العلي ومرعي، ١٩٨٦).

كما أكدّ كل من "سمارة ونمر" على التعريف السابق وأشار إلى أن الإرشاد الأسري هو عملية مساعدة لجميع أفراد الأسرة على السعي بانسجام وتكيف لما يضمن استمرار الأسرة وسعادتها واستقرار المجتمع من أجل الوصول إلى صحة نفسية كبيرة بين أفراد الأسرة ووضع أسس لبنائها على التعاون وفهم أفرادها لبعضهم بعضا ووقوفهم أمام المشكلات والتيارات التي قد تؤدي بها. (سمارة، ١٩٩١).

إنّ الإرشاد الأسري مجال مهم من مجالات الإرشاد النفسي- ونمو خدمة تقدم للأسرة بصورة عامة حيث إن الإرشاد النفسي دعم للأسرة وذلك لتوجيه الزوج والزوجة نحو حياة فضلى هادئة سعيدة وتحقيق علاقات طيبة بين الآباء والأبناء ثمّ بين الأبناء بعضهم ببعض، وعلاج ما قد ينشأ في هذه الوحدة الصغيرة من تصرفات وما يتبعها من مشكلات نتيجة الفراق بالطلاق أو الموت أو بسبب الغيرة بين الأخوين أو فروق الأبناء وغيرها حيث إنه في حل هذه المشاكل ضمان لسعادة الأسرة وسعادة المجتمع.

يذكر بعض الكتّاب والمؤلفين ومنهم مؤلف هذا الكتاب أهدافاً متعددة للإرشاد النفسي ومنه الإرشاد الأسري، ويرى البعض أن هذه الأهداف تكاد تكون خاصة بكل مسترشد حسب حالته وتوقعاته ويتحدث البعض الآخر عنها كوحدة، وعموماً فإن أهداف الإرشاد النفسي الأسري تحدد وجهة كل من المرشد والمسترشد وعملية الإرشاد النفسي.

وتتمثل الأهداف الرئيسية للإرشاد الأسري بتحقيق الـذات وتنميـة مفهـوم موجـب عـن الذات عند الفرد وتحقيق التكيف بجوانبه المتعددة المتمثلة بالتوافق الشخصي والتربوي والمهني والذي يؤدي في النهاية إلى التكيـف الاجتماعـي لأفـراد الأسرة، كـما تعـدّ عمليـة تحقيق الصحة النفسية لأفراد الأسرة هدفاً عاماً ورئيسياً شاملاً للتوجيه والإرشاد النفسي الأسري.

إن إجراءات وأساليب الإرشاد الأسري متعددة ومتنوعـة بتعـدد وتنـوع مشـاكلها، وقد جلب انتباه المؤلف هـذا الموضـوع أسـلوب وإجـراءات إرشـاد الأسرة عنـد (آدلـر)، حيث إن إرشاد الأسرة عند (آدلـر) يجـري داخـل مراكـز إرشـاد الطفـل أو مراكـز إرشـاد الطفل المبكرة التابعة لآدلر في (فينا). أغلب المسترشـدين النمـوذجيين للمركـز هـم أبـاء لـديهم مشـكلات مـع أطفـالهم حيـث إن الهـدف الرئيسيـ للمرشـد (الآدلـري) هـو أن الوالدين يأتون إلى المراكز من أجل الإرشاد وليس من أجل المعالجة النفسية، فهذا يعني أن المرشد يتعامل مع سلوك الوالدين بلغة المواقف المباشرة حيـث يلاحـظ أن التغـيرات المباشرة في اتجاهات الوالدين ستؤدي إلى تغير مباشر في سلوك أطفـالهم، ويميـل المرشـد عند آدلر للتركيز عـلى تحليـل ومراعـاة العائلـة ومسـاعدة الآبـاء عـلى اكتسـاب رسـائل جديدة لحل الصراعات وتأسيس علاقات عائلية أفضل. ويمكن تلخيص الأسلوب الآدلـري لإرشاد الأسرة في أربع نقاط, هي:

- تتم مقابلة الوالدين والأطفال بشكل منفصل من قبل المرشد.
- يؤخذ الأطفال إلى غرفة الألعاب حيث تتم مراقبـة سـلوكهم وتسـجيله مـن قبـل أحـد الباحثين.
- تتم مقابلة الأطفال من قبل المرشد.
- يقوم المرشد بمقابلة الوالدين ومراقبة الألعاب ويقدم توصياته.

ويجب ملاحظة أن المرشد يقوم بمقابلة الوالدين والأطفال في إطار جمعي يضم عائلتين أخريين، والهدف من هذا هو تعليم الوالدين من خلال مناقشة مشكلاتهم في المجموعة.

إن الهدف الأولي للمقابلة هو معرفة ما هي أهدافهم وتصورهم للمشكلات وبعد مغادرة الأطفال يتم استدعاء الوالدين إلى الغرفة ويدخل مدير غرفة الألعاب إلى المجموعة أيضاً ويقدم لهم تقريراً عن مشاهدته لأطفال الآباء المعنيين بذلك لتوضع سلوك الأطفال لآبائهم داخل غرفة الألعاب ويصف لهم في التقرير كيفية لعبهم وتفاعلهم مع الأطفال الآخرين، ويقوم المرشد بعد ذلك بسؤال الآباء عن مدى تطابق هذه التقارير مع معرفتهم بأطفالهم، ومن خلال تقرير مدير غرفة الألعاب فإن المرشد يبدأ بوضع الأمور في نصابها وذلك من خلال وضع فرضية تجريبية تتعلق بأسباب مشكلات العائلة بحيث يكون التركيز على أهداف كل فرد فيها، وهكذا إلى أن يتم تحقيق الهدف الرئيسي في إرشاد الأسرة والتخلص من المشاكل التي يواجهونها.

قبل الختام في الحديث والخوض في الإرشاد الأسري وأساليبه، رأى المؤلف هنا ضرورة الإشارة إلى أهم المبادئ والافتراضات التي يستند إليها المرشد النفسي في مجال الإرشاد الأسري:

- إن المسترشد يمثل نظام الأسرة كله فمشكلته ليست فردية وإنما هي أسرته وتعتبر مشكلة الأسرة بأسرها فإذا كان عند المسترشد مشكلات خاصة به فإنه يعالج بشكل فردي ومن ثمّ مع الأسرة كما أنه من الممكن أن يعالج المعالج الأسري الفرد من خلال أسرته ثم يعالجه معالجة فردية إذا اقتضى الأمر ذلك.
- يجب أن يكون لدى كل معالج أسري نظرية أساس نظري علمي وخطوات يستند إليها ويعتمد عليها في علاج الأسرة ويجب أن يتوفر في المرشد القدرة والتدريب والخبرة الكافية على إدارة الجلسات وإحداث التغيير في الأسرة.
- أن يكون المعالج الأسري ملاحظاً موضوعياً في فهمه وتعامله مع نظام الأسرة، وأن لا يتعاطف مع أي شخص في الأسرة أو ينحاز إليه.
- عدم إغفال المرشد لمراكز القوى في الأسرة وطرق اتصالها ونظامها عند رسم الطرق العلاجية.
- تضمين الأطفال في عملية الإرشاد الأسري لأنهم يظهرون الاتصالات والانفعالات الأسرية السّرية التي يميل الكبار إلى إخفائها والتي تصلح لأن تكون محتوى المناقشة.

- اعتبار الأفراد الشاذين في الأسرة جزءاً من نظام تلك الأسرة.
- تحديد التغيرات التي يرغب أفراد الأسرة في إحداثها في شخصياتهم و تفاعلاتهم.
- ضرورة تبصير المعالج الأسري للأسرة بمشاكلها و مساعدتها على التغيير.
- يجب أن يكون المعالج الأسري قيادياً وواثقاً من نفسه مستقلاً وعفوياً.
- التعامل مع ظاهرة التحويل أثناء العلاج.
- التعاقد على تحديد عدد الجلسات وأوقاتها وأهدافها وتكلفتها حتى تنتهي. (العزة، ٢٠٠٠).

إرشاد الأطفال:

يؤكد كلٌ من (سمارة ونمر) و(العلي ومرعي) في مؤلفاتهما بأن عملية إرشاد الأطفال هي عملية مساعدة الأطفال على النمو بشكل متكامل وشامل وحل مشكلاتهم التي يتعرضون لها خلال مراحلهم المختلفة من منطلق أن للطفولة حاجات نفسية يجب إشباعها حتى توفر نمواً سليماً لهم، وأن الأطفال خلال نموهم وخلال الفترات الحرجة التي يمّرون بها يتعرضون لبعض المشكلات وعليه فإن الهدف الرئيسي لإرشاد الأطفال هو مساعدتهم في تحقيق نمو سليم متكامل وتوافق أسري.

إن عملية إرشاد الأطفال عملية ثقافة حيث تنبع من أهمية الطفولة بحدّ ذاتها، حيث إن لطفولة الفرد أهمية بالغة في حياته؛ فمن خلالها ينشأ الفرد على عادات السلوك ورسم أهدافه واتجاهاته ونمط حياته وأسلوبهما، وإلى حدّ كبير تلعب دوراً في اختياره فيما يعد من المراحل للزوج أو الزوجة والمهنة. إن خبرات الطفولة لها أهمية بالغة لما لها من دور في تكيف الأفراد وتعلمهم للسلوك السوي أو غير السوي؛ ومن المتعارف عليه أن شخصية الطفل في كبره هي مجموعة الخبرات التي يمر بها في صغره لذلك فإن تفادي المشكلات وهي بدايةً (وقائي) يعدّ من عوامل نجاح الفرد الأساسية في حياته المستقبلية.

وإذا أردنا الخوض في أبرز المشكلات التي تواجه الأطفال في نموهم والتي تحتاج إلى إرشاد فإننا لابدّ من ذكر ثلاثة أنواع هي الأبرز من بين المشكلات التي تواجههم؛ وهي: مشكلات تتعلق بالنمو الجسمي للطفل كاضطرابات الغذاء والإخراج والتقيؤ وفقدان الشهية وغير ذلك مثل اضطرابات النوم؛ أما النوع الثاني فهو يتعلق باضطرابات اللغة

كاضطرابات الكلام واللجلجة والتأتأة؛ أما النوع الثالث فهي أكثرها شيوعاً وتتضمن مشكلات تتعلق بالنواحي النفسية السلوكية كالخجل والبكاء ونوبات الغضب ومخالفة النظام وغيرها الكثير. (سمارة، ١٩٩١).

تستخدم في إرشاد الأطفال كثير من الأساليب الفنية المستخدمة مع المراهقين والكبار البالغين، فالمرشد النفسي ينبغي أن يفهم الطفل وحاجاته ويحترمها وأن يعرف كيف يقيم معه علاقة طيبة وكيف يتبادل معه الأفكار سواءاً كان بالاتصال اللفظي أم عن طريق اللعب. إنّ صغار الأطفال (من التاسعة فأقل) عادةً ما يكون الاتصال من خلال اللعب، واللعب لا يشكل علاجاً بقدر ما هو وسيلة للاتصال والتواصل معه، إذ يساعد الطفل على مناقشة توتراته وصراعاته وتعلم سلوك أكثر فاعلية وإنتاجية ويزيد من قبول الطفل لذاته واحترامه لها وإخراج الانفعالات المختزنة. فقد يطلب منه أن يرسم أو يلعب بمجموعة متنوعة من العرائس والدمى أو أن يلعب بالصلصال أو الطين أو.....الخ من أنواع اللعب الهادفة المختلفة. وعموماً فإن اللعب يصنف إلى صنفين كعلاج وأسلوب إرشادي للأطفال؛ العلاج باللعب الموجّه حيث يقوم المرشد باختيار اللعب التي سيلعب بها الطفل خلال الجلسة بالإضافة إلى تحديد المرشد لقواعد اللعبة. أو قد لا يفترض أية فروض أو قيود فيقوم باختيار (الطفل) اللعب ويترك المرشد له حرية التصرف والسلوك حيث يطلق على هذا الأسلوب علاج اللعب غير الموجّه. (الروسان، فاروق، ١٩٨٩).

أمّا إذا أردنا الحديث عن خدمات إرشاد الأطفال فهي غالباً ما تقدم فيما يسمى بمراكز وعيادات إرشادية للأطفال؛ ومن هذه المراكز ما يوجد في المدارس العادية، حيث تركز خدمات إرشاد الأطفال عادةً على مجموعة من القضايا كتوفير جو نفسي- آمن مناسب للنمو السوي، وعلاج مشكلاتهم اليومية التي تم ذكرها سابقاً؛ ومنها كذلك تعليم الطفل العادات الصحية السليمة ومهارة العناية بذاته والمحافظة عليها، وتقدم مثل هذه الخدمات بطرق كثيرة منها: الإرشاد باللعب -كما ذكر سابقاً- كما يمكن أن تقدم في إطار جماعي وهو ما يسمى الإرشاد الجماعي للأطفال.

مشكلات العلاقة مع جماعة الرفاق
والعزلة الاجتماعية

الإنسان بطبعه اجتماعي. فالطفل منذ ولادته وتخطيه مرحلة الطفولة المبكرة ودخولـه المدرسة يسعى جاهداً إلى التفاعل والتعرف إلى كل ما حوله، فيحاول جاهداً التفاعل مع البيئة الاجتماعية والمدرسية داخل المدرسة والصف أو خارجها. فيتعرف على زميله في المقعد بجواره ومن ثم إلى أستاذه ومن ثم إلى زملائه الذين بجواره والذين خلفه وهكذا إلى أن يتم التعارف بينه وبين جميع زملائه في المدرسة. ومع مرور الأيام واستمرار التفاعل وتخطي التغيرات التي تصاحب الطفل يصل إلى مرحلة يقوم بها الطفل بدور تفاعلي ضمن مجموعة الأفراد فيكوّن الأصدقاء والأشخاص المفضلين بالنسبة له ليشكل ما يسمّى بجماعة الرفاق، فيشكل معهم فريق كرة القدم ويشكلون معه رفاق الرحلات والتنزه والترفيه وما إلى ذلك من أشكال الالتزام مع الجماعة.

إلا أن الفرد في جميع مراحل حياته وفي مختلف التغيرات التي تصاحب هذه المراحل لابدّ وأن يمرّ بما يعترض طريقه من عوائق ومشكلات إن كانت جسمية مرضية أو اضطرابات انفعالية وجدانية أو أسرية أو....الخ.

إن الطفل يسعى جاهداً على الحرص والمواظبة في أن يكون أحد أفراد مجموعة الرفاق المخلص والمنتمي فكراً وعملاً لأصدقائه، فيقلدهم ويقلدونه، يدخل معهم في المشاجرات ويخالف القوانين، فيهرب معهم خلال الحصص الدراسية من المدرسة ويشاغب معهم أثناء الحصة ويعتدي على فلان ويهزئ فلان ويشتم فلان...الخ. وذلك حتى يكون جانباً لإعجابهم وليكون في نظرهم أحد أفراد الرفاق (مجموعة الرفاق) المنتمي الشجاع المخلص لصفات وأخلاق وسلوكيات جماعته، وفي هذا المجال سنتناول أبرز المشاكل التي يواجهها الطفل في علاقته مع مجموعة الرفاق.

لذلك سنتعرف لأهم مشكلتين من هذه المشكلات وهما: مشكلتا العلاقة مع جماعة الرفاق في العدوانية؛ ومشكلة العزلة الاجتماعية.

مشكلات العلاقة مع جماعة الرفاق:

إن جماعة الأقران (مجموعة الرفاق) أكثر من مجرد أفراد يتصادف وجودهم في نفس المكان وفي نفس الوقت..... فجماعات الرفاق تتكون من أفراد متفاعلين مع بعضهم البعض، ولها أهداف ومعايير مشتركة، كما أن جماعة الرفاق يجب أيضاً أن يكون لها قادة وأتباع وربما يكون هناك تقسيم للعمل كذلك. وهناك عدّة عوامل تؤثر على التقبل الاجتماعي للطفل في جماعة الأقران كالنضج الاجتماعي والجنس والطبقة الاجتماعية، ومن ثم تلعب جماعة الرفاق دوراً هاماً في النمو الاجتماعي للطفل وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالأقران والتعلم الاجتماعي وتعلم الأدوار، فيكون الأقران مرجعاً لحقيقة الطفل عن ذاته، ويشير (بياجيه) أن الالتزام لجماعة الرفاق يزداد في مرحلة الطفولة ثم ينحسر تدريجياً عندما يكتشف المراهق نظرة الرادين إلى القواعد ومعايير هذه الجماعات، وفي صدد هذا الموضوع لابدّ من الإشارة إلى أن العلاقة مع جماعة الرفاق والتفاعل الاجتماعي معهم ينتج عدداً من المشاكل والتي يطلق عليها الباحثين بمشكلات العلاقة مع جماعة الرفاق. (قناوي، ٢٠٠٠).

إن بذور الانصياع لضغوط الرفاق توجد في الاعتماد الأول للطفل على الأم، وكلما كبر الطفل زادت حاجته للانتماء إلى الآخرين حيث يصبح الانتماء لجماعة الرفاق فخرياً وحثياً والابتعاد عنهم فيه عقوبة؛ فيتمحّص الطفل معايير جماعة الرفاق ثم يحكمها في نفسه.

وِإذا أردنا أن نتعرف بشكل عام على مشكلات العلاقة مع مجموعة الرفاق كتعريف فهي: تلك المشكلات التي تنتج بسبب الخلافات والتنافس بين الأقران ومن أهم تلك المشكلات التي تنشأ عن العلاقة مع الرفاق: العدوانية والعزلة الاجتماعية.

وإن نتائج أحد الاستفتاءات التي تمّ تطبيقها على عينة شملت (٢٠) مديراً ومعلماً ومرشداً تربوياً- والتي قام بها عبد القادر (١٩٩٦)- اختيروا بطريقة عشوائية من (٥) مدارس حكومية للذكور في مدينة عمّان، أظهرت أن أكثر مظاهر السلوك العدواني الذي يزداد توتره في البيئة المدرسية هي على التوالي: الضرب بالأيدي واستخدام أدوات حادّة، والسبّ، والشتم، والتفوّه بألفاظ بذيئة، وإتلاف أثاث المدرسة، وتخريب ممتلكاتها، وقطع

الطريق على الآخرين واعتداء الطلاب الكبار على الصغار خلقياً، والاستهزاء بالآخرين وتحقيرهم والاعتداء على ممتلكاتهم، والاعتداء على المعلمين بالتبرير والوعيد والشغب داخل المدرسة وتعمد الإخلال بنظامها، حيث ذكر جميع أفراد العينة أن السلوك العدواني زاد في السنوات العشر الأخيرة من حيث الزيادة المطردة في عدد الطلاب العدوانيين ودرجة تكرار حدوث السلوك العدواني. (أبو عبيد، ١٩٩٦).

عندما يشعر الطلبة بالإحباط يمكن أن تصدر عنهم سلوكات تتميز بالعنف والمشاركة أثناء الحصة أو خارج المدرسة بشكل عام، وذلك تعبيراً عن الغضب وعدم الرضا، كالنقد الجارح للزملاء وتبادل الشتائم أو الألفاظ النابية وتمزيق الدفاتر والكتب وإتلاف المقاعد الصفية، وقد يكون ميل الطلبة إلى جذب الانتباه للطالب العدواني أو التقليد أو الجو التنافسي العدواني أو اتجاهات الطلبة السلبية نحو المادة الدراسية أو المعلم أو الصف أو المدرسة بشكل عام أو صعوبة المادة؛ أحد أسباب العدوانية داخل المدرسة عموماً وداخل الصف والحصة الدراسية بالذات.

إن الإحباط هو شعور بالاضطراب الانفعالي نحسّ به عندما تعترض عقبة ما طريق إشباع إحدى حاجاتنا أو تحول دون تحقيق هدف نصبو إليه، بحيث يؤدي إلى حالة انفعالية- الغضب- مما يزيد من إمكانية حدوث السلوك العدواني الذي يؤدي بدوره إلى تحقيق حدّة الغضب والتخلص لو جزئياً من مشاعر الإحباط- هذا من جهة- ومن جهةٍ أخرى إن تعابير ضخمة مثل العدوان إشكاليات عديدة لأنها تشير إلى عدة نشاطات مختلفة، حتى أن بعض العلماء يبالغ فيجعل العدواني ينطوي على جوانب السلوك الكفاحي جميعاً وعلى المحاولات التي يبذلها الفرد ليتمكن من بيئته وبهذا لا يكون العدوان بناء فقط بل يعتبر أيضاً مظهراً أساسياً من أجل البقاء. (نصر العلي، ١٩٨٦).

يمكننا تعريف العدوانية على أنها: الاستجابة التي تكمن وراء الرغبة في إلحاق الأذى والضرر بالغير وهي سلوك اجتماعي غير سوي يهدف صاحبه للسيطرة على الآخرين وهي ميل أو رغبة نحو التدمير، وقد تكون مباشرة على الأفراد أو على الذات أو غير مباشرة كما هو الاعتداء على الممتلكات الخاصة لشخص آخر، وقد تنتج العدوانية بسبب الاستفزاز أولاً حل السيطرة على الرفاق، حيث إن معظم الباحثين يجمعون على أن

العدوانية تختفـي وراء واحـدة أو أكـثر مـن الأمـور مثـل؛ مـا يلاقيـه الطفـل مـن فشـل وإحباط مستمرٍ وكبت دائم في حياته المنزلية أو المدرسية وذلك لما يحسّـه الطفـل مـن كراهية الوالدين أو المعلمين له أو بسبب الشعور بالنقص النفسي أو التحصـيل الـدراسي أو الجسمي أو بسبب تشجيع أحد أفراد السلطة للطفل على سلوكه العـدواني. (سـمارة، ١٩٩١).

هناك تعريف واسع للعدوان حيث إنه: كل سلوك نشـط فعّـال تهـدف العضـوية من ورائه إلى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها. وبهذا المعنى الواسع يشمل العدوان كل الفعاليات الإنسانية المتجهـة نحـو الخـارج المؤكـدة للـذات السـامية وراء سـد حاجـات الشخص الأساسية أكانت هذه الحاجـات مـن بـين حاجـات الجـنس والبنـاء والتملـك أم كانت غيرها.

إن العـدوان يظهـر في عـدد مـن الأشـكال ويوجـد لـدى الأفـراد كـما يوجـد عنـد الجماعات. وهو يبـدو عـلى شـكل انـدفاع هجـومي يصـبح معـه ضـبط الفـرد لنوازعـه الداخلية ضعيفاً وينطوي على الإكراه، أو لايقـاع الأذى بشـخص، أو موجـود في شيء مـن الأشياء الجامدة. إنه سلوك تفسره عدة عوامل متعددة مـن بينهـا الأغـراض التـي ترمـي إليها، فإذا فوضنا هذه الأغراض رأينا أنها تسمح أحياناً بأن تقول بضرورة وجود حدّ مـن العدوان عند الشخص يلزمه من أجل تكيفه، وإن تخطي هذا الحدّ يتجه بالفرد نحو مـا هو ضار له وللآخرين. وإذا فحصنا العوامل وجدناها كثيرة أو وجدنا الإحباط وراءها. إلا أن ذلك لا يمنع من أن يوجد بين المشتغلين في ميادين علـم الـنفس مـن يعتـبر العـدوان مظهراً من مظاهر الغرائز الأساسية وإذا كان هناك تـرابط عـالٍ بـين الإحبـاط والعـدوان فإن ذلك لا يمنع من الانتباه إلى توقع العقاب ومكانته من العدوان، والى مكانـة تحويـل العدوان من فهم شدة النـزوع العـدواني وتطـوره وتطهـيره. ثـم أن للعـدوان عـدداً مـن الأشكال أو الأنواع يظهـر فيهـا ويختلـف النظـر عليهـا بـاختلاف الزاويـة التـي تنطلـق منهـا، وينطوي العدوان على عدد من الأشكال الشاذة ومن أجل ذلك نراه يحتـل مكانـة هامـة مـن دراسة الفرد والدراسات الاجتماعية.

تعتمد طريقة علاج السلوك العدواني وتعديله عـلى المبـادئ أو الأسـس النظريـة التـي يفسر العـدوان في ضـوئها؛ فـإذا اعتبرنـا أن الإنسـان عـدواني بطبعـه، تسـيطر عليـه غريـزة العدوان فإن ذلك يستدعي تحويل الطاقة العدوانية وتصريفها إلى مجالات مفيدة ومقبولة

اجتماعياً. أما إذا نظرنا إلى العدوان على أنه محصلة لظروف البيئة الاجتماعية فهذا يتطلب تغيير تلك الظروف بهدف إيقاف العدوان أو التقليل منه، وسوف نتحدث عن بعض أساليب وإجراءات تعديل السلوك العدواني التي يمكن للمرشدين التربويين والمعلمين والآباء تطبيقها على الأطفال العدوانيين في البيت والمدرسة[1]:

أ- الإطفاء: ويعني إيقاف المعززات التي تتبع ظهور السلوك غير المقبول أو إلغائها، ووفقاً لهذا يتم التخلص من هذا السلوك غير المقبول بسحب الشروط التي تعززه، وتزداد فعالية هذا الأسلوب عندما يقترن بتعزيز الاستجابات المرغوبة اجتماعياً.

ب- العزل أو الإقصاء: ويقوم هذا الإجراء على أساس نقل الطفل من البيئة أو الموقف الذي حدث فيه العدوان مباشرة لفترة زمنية محددة، بهدف حرمانه من الحصول على التعزيز الإيجابي الذي يترتب على القيام بهذا السلوك حيث يكون هذا الأسلوب أكثر فعالية عندما يقترن استخدامه بالتعزيز عندما يظهر الأطفال العدوانيين استجابات مرغوبة.

جـ- تكلفة الاستجابة: ويعني فقدان الطفل لجزء من المعززات التي حصل عليها الطفل سابقاً نتيجة قيامه بالسلوك العدواني يؤدي إلى خفض هذا السلوك لديه ويتطلب تطبيق هذا الأسلوب اقترانه بأساليب أخرى مثل العقاب والتعزيز والتفاضلي.

د- التصحيح الزائد: ويشمل هذا الإجراء تنبيه الطفل بعد قيامه بالسلوك العدواني وتذكيره بما هو مقبول وإزالة الأضرار التي تنتج من هذا السلوك وإعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه سابقاً.

هـ- التعزيز التفاضلي: ويعني تعزيز الطفل عند امتناعه عن القيام بالسلوك العدواني وكذلك عند تأديته سلوك نقيض السلوك العدواني- التعاون مثلاً.

العزلة الاجتماعية:

يفتقر بعض الطلبة إلى الثقة بالنفس فيمتنعون عن المشاركة بفعالية في الأنشطة الصفية، وربما تركوا بعض الأسئلة الصعبة عليهم بدون حل في دفاترهم دون أن يسألوا المعلم أو حتى زملاءهم عنها. وقد يغفل أو يتغافل عن هذه الفئة العدد من المعلومات

---

(١) وزارة التربية والتعليم، قسم الإرشاد التربوي (١٩٨٨)، برامج في تعديل السلوك، ص٤١.

لأنها تحتاج إلى وقت وجهـد وصبر في التعامـل معهـا؛ إذ إنهـا تشـعر بـالخوف والحـرج والحساسية الشديدة من الزملاء والمعلمين إن أخطأ في الإجابة، لذا فهي تؤثر في العزلـة الفردية وتتجنب ما أمكن العمل مع الزملاء أثناء القيام بالأنشطة الصفية.

ويجد بعض الأطفال أن الانسحاب إلى عالمهم أسـهل مـن مواجهـة الواقـع عنـدما يكون هذا الواقع غير سار، ويشكل الانعزال بهذا المعنى وسيلة يدافع الطفـل فيهـا عـن نفسه ضد وقائع الحياة المحيطة غـير المقبولـة، إنـه يخلـق عـوالم خياليـة بديلـة يبعـث الانشغال فيها عـلى السرـور. إن جميـع الأطفـال تقريبـاً ينقسـمون في هـذا النـوع مـن الانسـحاب في أوقـات معينـة ولمـدة محـدودة، أمـا إذا فضّـل الطفـل الحيـاة الداخليـة والخيالية عـلى الحيـاة الواقعيـة، طيلـة الوقـت تقريبـاً، فـإن حالتـه تسـتدعي الدراسـة والتحليل والمعالجة. إن من بين أسباب عزلة الطفل قد يسبب الآباء والأمهـات أنفسـهم الانعزال الاجتماعي عند أطفالهم؛ ففي المواقف الاجتماعية قد يشعر الطفل بأنه محـط الأنظار، فإن كان الوالدان يفتقران إلى اللباقة والمهارات الاجتماعيـة سيفشـلون في دعـم الأنماط السلوكية المناسبة عند أطفالهم، بسـبب مجـاراة الأوضـاع الاجتماعيـة المختلفـة فينسحب الأطفال إلى موقفهم وإلى سـلوكهم المتسـم بالانسـحاب. وقـد يكـون الطفـل عديم الأصدقاء منعزلاً لأسباب أخرى، كالطفل الغريب- مثلاً- كـما في حالـة المهـاجرين، وقد يتمركز بعض الأطفال حول ذواتهم بشكل مبالغ فيه، فينفـر عـنهم بـاقي الأطفـال، كما أن الخجل هو واحد من أكثر أشكال الانعزال الاجتماعي شيوعاً بين الأطفال.

مـن هنـا، نسـتطيع أن نعـرف مـما سـبق مـا هـو المقصـود بالعزلـة الاجتماعيـة ٠(الانعزال)؛ عدم مشاركة الطفـل أقرانـه بالنشـاطات الاجتماعيـة المختلفـة أو المتمثلـة بالألعاب أو غير ذلك..... حيـث إن أسـبابها قـد تعـود بشـكل عـام إلى أسـباب شخصـية تتصل بالفرد كوجود إعاقة أو غير ذلك وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة أو اختلاف الطبقات الاجتماعية بين الأفراد.

إن العزلة الاجتماعية هي شكل متطرف من الاضطراب في العلاقـات مـع الرفـاق، فعندما لا يقضي الطفل وقتاً في التفاعل مع الآخرين تكون النتيجـة عـدم حصـوله عـلى تفاعل إيجابي كافٍ، فمثلاً الأطفال الخجولون يرغبون عادةً في العلاقات الاجتماعية

ويبذلون محاولات لإقامتها؛ إلا أن العزلة الاجتماعية استجابة أكثر شدة حيث يسعى الأطفال إلى تجنب الآخرين؛ وإذا أردنا الحديث عن المشكلات الهامة للأطفال المنعزلين فهم لا يجدون فرصاً كثيرة للتعلم الاجتماعي، إذ تعوزهم على نحو متزايد الخبرات والممارسات الممثلة بالاتصال بالآخرين. وبعض الأطفال يكونون منعزلين عن كل شخص آخر بلا استثناء بينما يكون العضو قادراً على إقامة علاقات اجتماعية حسنة نسبياً مع الزملاء، أو الأطفال الأصغر أو الأكبر سناً، أو مع الراشدين، ولا يمتلك الأطفال المنعزلون فرصاً لتطوير صداقات تتطلب انفتاحاً متبادلاً لفترات زمنية طويلة، مع أن الصداقة الوثيقة تتعمق عن طريق المشاركة المستمرة والتي لا تكون ممكنة عندما يكون الفرد وحيداً معظم الوقت.

أسباب العزلة الرئيسية

للعزلة أسباب مختلفة نذكر منها ما لها دور فعّال في إيجادها.

١- التنشئة الاجتماعية: إن الكثير من الأسر تعزز السلوك الانسحابي عند الطفل منذ الصغر، لاعتقادها أن هذا يشير إلى هدوئه أو أن يكون الأهل المحيطون بهذا الطفل يمثلون السلوك الانسحابي مما يؤدي بالطفل إلى تقليد هذا السلوك أو ربما تلعب البيئة المحيطة بهذا الطفل دوراً في انطوائه وسلبيته، من خلال نيله القبول والتشجيع؛ إذ إن الانطواء يعدّ طاعةً وامتثالاً.

٢- التغيرات الجسمانية: إذ يظهر أثرها في مرحلة المراهقة ونجاحه عند الفتيات اللواتي تظهر عليهن التغيرات الجسمانية مبكراً فتملنَ إلى العزل والانطواء.

٣- عدم كفاية إمكانات البيئة في إشباع الحاجات النفسية للطفل الأمر الذي يؤدي إلى أن يكون للطفل عالمه الخاص به يقيمه في خياله ويشتق منه إشباعاً لا يتوفر في العالم الواقعي.

٤- الصفات الجسمانية: مثل القسر المفرط أو تشوهات يعاني منها الطفل أو أي مشاكل صحية أخرى، مما يؤدي به إلى عزلته عن أقرانه لشعوره باختلافه عنهم.

٥- الخوف من الآخرين حيث إنه سبب قوي للوحدة إذ يؤدي أساساً إلى الرغبة في الهرب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين فيصبح التفاعل تلقائياً بمثابة الألم النفسي له.

٦- رفض المهارات الاجتماعية إذ لا يعرف كيف يقيم علاقات مع الآخرين.

٧- رفض الوالدين للرفاق وهذا يقع ضمن إطار التنشئة الاجتماعية الخاطئة.

وللمعلم وللمرشد دوراً مهماً في علاج سلوك الطفل الانعزالي، وللمرشد الدور الرئيسي؛ إذ إن لمقابلة الطالب وتحديد المشكلة من قبل المرشد له دور هام في اختيار استراتيجية العمل المناسبة للحالة، وهناك استراتيجيات عديدة للتعامل مع السلوك الانسحابي، وعليك كمرشد اختيار الأسلوب المناسب لحالة الطالب المحوّل من المعلم؛ ومن هذه الاستراتيجيات ما يلي:

١- تدريب الطالب على المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي؛ بما أن أهم مظاهر المشكلة هي عجز الطالب عن الاتصال مع الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية فعالة، فإن هذه الاستراتيجية يقوم على أساس تعليمه مهارات الاتصال وكيفية إقامة علاقات مع الآخرين وفي هذه الحالة يمكن اتباع ما يلي:

أ- إعطاء تعليمات.

ب- تقديم مهارات.

جـ- النمذجة.

د- تكرار السلوك وتقديم معلومات.

وهناك أسلوب عكس الدور وذلك، بأن تقوم بدور الطفل الذي يهرب من المواقف يأتي دور الطفل الواثق من نفسه.

٢- العلاج باللعب، من خلال اللعب يعبر الطفل عن نفسه ويفهم العالم من حوله وينّمي مهارات اجتماعية وعقلية تتيح له التفاعل مع الأقران كما يمكن إعطاؤه نشاطات من خلال اللعب يشاركه فيها الأقران في غرفة الصف، وذلك بالتعاون مع المعلم.

٣- العلاج من خلال تدعيم الثقة بالنفس وتقبل الطفل وعدم تهديده؛ حيث يقوم الآباء والمعلمون بتدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال إعطائه مهمات يقوم بإنجازها في وقت محدد وتعزيزه إيجابياً على هذا الإنجاز، مع الانتباه إلى عدم مقارنة الطالب بغيره من أقرانه أي مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.

٤- تقليل الحساسية؛ يمكن للأطفال أن يتعلموا المواقف الاجتماعية ليست مخيفة، وذلك عن طريق الاسترخاء الذي يمكن الطفل أن يتخيل نفسه وهو يقوم بخطوات لم يكن قادراً على القيام بها، ويأتي بعد تخيل السلوك فيجري تجربته على أرض الواقع على نحو تدريجي، مما يقلل من مشاعر الطفل السلبية المقترنة بالتفاعل الاجتماعي.

٥- التفكير الإيجابي؛ حيث أطلب من الطفل أن يفكر بالنقاط الإيجابية لديه ويكتبها في قائمة ويكررها لنفسه عدة مرات.

٦- تعزيز الطفل إيجابياً على التفاعل الاجتماعي، ويطلب من المعلم عدم توجيه النقد أو التهديد في حالة السلوك الانسحابي وأن يمتدح الطفل أثناء وقوفه مع الآخرين ومواجهته للمواقف.

مع الأخذ بعين الاعتبار عدم إغفال دور الأهل من خلال اللقاءات مع المرشد والنشرات. (داوود ونزيه، ١٩٨٩).

المشكلات التي تتعلق بالدراسة والتحصيل الدراسي والعادات الدراسية الخاطئة

إنّ عملية التعلم والتعليم عملية مستمرة ومتواصلة مع استمرار حياة الفرد منذ الولادة وحتى الموت. والطفل في المدرسة في المرحلة الأساسية يواجه الكثير من المشاكل والصعوبات العامة لجميع الطلبة (يعاني منها جميع الطلبة) والخاصة لفرد معين (خاصة بالفرد أو الطفل).

وجميعنا يعرف أثناء الدراسة سواء أكان في المدرسة أو الجامعة أننا نواجه الكثير من العوائق التي تؤثر في عملية التعلم والتعليم، سواء أكانت عوائق ومشاكل نفسية أو اجتماعية أو دراسية أو تحصيلية، والتي تلعب دورها الهام في التحصيل الدراسي والأكاديمي.

تعتبر بعض هذه المشاكل ذات مصدر شخصي والتي هي سلوكات يقوم الفرد بها تؤثر على عملية تعلمه وبالتالي على تحصيله. ومن بين هذه المشكلات؛ مشكلة تدني الدافعية للتحصيل والتعلم ومشكلة العادات الدراسية الخاطئة؛ إذ يعتبر من أهم المشاكل التي يواجهها الطالب أثناء مراحل تعليمه الأكاديمي.

إن سلوك الإنسان في أي موقف من مواقف الحياة معقد للغاية وليس من السهل فهمه وتحليله؛ والتدريس بشكل عام وفي أساسه التحصيل استثارة للتعلم وتوجيه له تتوقف قيمتها على مدى استثارتها لدى الطالب، وكما نعلم أن عملية التعلم هي نشاط ذاتي وطبيعة نشاط المتعلم هي أهم المشكلات في العملية التربوية؛ ولكن إذا حسن توجيه دوافع الفرد بحيث يظل نشطاً فإنه يستطيع التغلب على هذه المشكلات.

في هذا القسم من الكتاب سيتناول المؤلف أبرز المشكلات التي تؤثر على العملية التربوية؛ حيث يعتبر بعضها سلوك نحو التعلم ولكنه سلوك ذاتي خاطئ مثل العادات الدراسية الخاطئة، ويعتبر بعضها الآخر نتيجة لأسباب بيئية وشخصية تعمل على تنشيط نشاط الطالب (الفرد) بشكل عام- مما يؤدي إلى إحداث مشكلة تسمى بمشكلة تدني الدافعية الدراسية والتحصيل الدراسي. لذلك ولأهمية هاتين المشكلتين ولمدى تأثيرهما على الفرد وعلى تحصيله سوف نتحدث عنهما بشيء من الإيجاز .

تدني الدافعية للتحصيل الدراسي والتعلم والدراسة:

يواجه المعلم بعض الطلبة الذين يكثرون من التبرم والضيق، كما أن بعضهم يقوم ببعض الأعمال أو يتلفظ ببعض الكلمات التي تدل على عدم رغبتهم في التعلم ومن أمثلة استجاباتهم ما يلي:

ما أطول الدرس!، ماذا نستفيد من تعلم كذا وكذا، أنا لا أجيد الشعر أو الاستماع إليه، أرجو أن يتغّيب المعلم هذا اليوم حتى نلعب كرة قدم، ما فائدة الامتحان؟ ماذا نستفيد من أسئلة المعلم؟ ويلاحظ المعلمون بعض سلوكات الطلبة التي تنم عن عدم رغبة في التعلم مثل، تلفت الطالب باستمرار حوله، الانشغال بأغراضه التي على المقعد او في الحقيبة، الحركة المتكررة في المقعد، ربما ترك المقعد وعمل بعض الحركات حسب

الموقف، المشاغبة، الاعتداء، على زميله بأساليب مختلفة، عدم حل الواجبات البيتية، تمزيق الكتب والأوراق، عدم المشاركة في التفاعل الصفي....الخ.

هذه السلوكات تدل على عدم انسجام الطالب داخل الصف وعدم الرغبة في البقاء في المدرسة، وهي إحدى المشكلات الحادة والمتكررة التي يواجهها المعلم وفي معظم الأحيان يردها المعلمون والإدارة المدرسية إلى الطالب فيصبح هو الضحية مما يزيد من حدّة وتطور المشكلة بالتالي تزداد رغبة الطالب في ترك المدرسة وعدم التفاعل معها، ونحن في هذه الحالة يجب علينا معالجة مثل هذه المشكلات والتي أساسها تدني الدافعية عند الطالب والتي تؤدي إلى كثير من المشكلات التي تفشل عملية التعلم والتعليم وبالتالي التأثير على تحصيل الطالب وتدني حافز الطالب نحو الاستمرار في التعليم. (القطامي، ١٩٨٩).

يختلف الأفراد عادةً من حيث قوة رغباتهم في وضع الأهداف المستقبلية لأنفسهم، وفي مدى الجهود التي يقدمونها لتحقيق هذه الأهداف، وينسب الباحثون هذا الاختلاف إلى تباينهم في مستويات الدافعية التي يمتلكونها، وتشير دافعية التحصيل إلى اتجاه أو حالة عقلية وهي بذلك تختلف عن الإنجاز أو التحصيل الواقعي القابل للملاحظة، كما يتجسّد مثلاً في الدرجات التي ينالها الفرد بعد أداء اختبار ما، فقد يمتلك الفرد مستوى مرتفعاً من الحاجة للتحصيل، ولكن لسبب أو لآخر لا يحقق النجاح الذي يرغب فيه على نحو فعلي. ولما كانت هذه النتيجة أو النتيجة للحالة اتجاهاً أو حالة عقلية، فمن المتوقع وجودها بين الأفراد جميعهم، وبمستويات متباينة يمكن قياسها والتعرف إليها.

تعرف الدافعية بشكل عام على أنها: القوى المحركة التي تدفع الفرد وتوجه سلوكه نحو هدف معين، فتقوم مقام المحرك لقوى الفرد، ويتفاوت الأفراد في مستويات الدافعية لديهم؛ ويعود هذا التفاوت إلى عوامل عدّة منها ما هو داخلي يرتبط بالفروق الفردية القائمة بين الأفراد؛ ومنها ما هو خارجي يعود إلى البيئة التي يعيش فيها الفرد ومقدار ما هو متوفر فيها على الحفز واستثارة الدافعية.

ويقصد بها رغبة قوية في تحقيق التفوق الدراسي فهذا الدافع الذاتي المتمثل في الرغبة في الدراسة يعمل كقوة محركة تدفع بطاقات الفرد إلى العمل بأقصى إمكاناتها لتحقيق التفوق.

ومفهوم الدافعية يتضمن معنى الطاقات الكامنة أو العوامل أو الاستعدادات لدى الكائن الحي سواء أكانت مؤقتة أو دائمة فهي تثير السلوك الظاهر أو الباطني وترسم له أهدافه وغاياته لتحقيق تكيف أحسن. (جاموس، ١٩٨٥).

- حالة المتعلم الداخلية التي تحرك سلوكه وأداءه، وتعمل على استمرار السلوك وتوجيهه نحو تحقيق هدف أو غاية محددة.
- حالة داخلية تحرك أفكار المتعلم ومعارفه وبناه المعرفية ووعيه وانتباهه وتلح عليه لمواصلة الأداء والاستمرار فيه للوصول إلى حالة توازن معرفية.
- حالة استثارة داخلية تحرك المتعلم لاستغلال أقصى طاقاته في أي موقف تعليمي يشترك فيه بهدف إشباع دوافعه للمعرفة وتحقيق ذاته.
- حالة داخلية تحث المتعلم على السعي بأي وسيلة ليمتلك الأدوات والمواد التي تعمل على إيجاد بيئة تحقق له التكيف والسعادة، وتجنبه الوقوع في الفشل.

ويعرف (سمارة ونمر) الدافعية للدراسة بأنها: قوة ذاتية تحرك سلوك الطالب نحو المذاكرة لتحقيق تحصيله الأكاديمي المرضي للنفس والذات (سمارة، ١٩٩١).

يعود تدني الدافعية إلى أسباب متعددة منها؛ عدم توفر الاستعداد للتعلم (الحالة التي يكون فيها المتعلم قادرا على تلبية متطلبات موقف التعلم والخبرة التي تعرض له)، وأسباب تعود إلى بعض الممارسات الفنية الخاصة بالطلبة وسلوكهم وقد يكون بسبب ما هو متوقع من الطفل فإذا كانت التوقعات عالية أو منخفضة جداً قد تسبب انخفاضاً في دافعية الطفل للتحصيل، بالإضافة إلى عدم الاهتمام بالطفل وتقدمه التعليمي سواء أكان هذا الاهتمام من الآباء أو من المدرسين وقد يكون الجو المدرسي غير المناسب مثل عدم مناسبة أسلوب المدرس أو القسوة المدرسية سواء في الإدارة أو في المدرسين أو غيرهم، وهناك أسباب تعود إلى التنشئة الاجتماعية السيئة كالحماية الزائدة أو الإهمال أو القسوة أو الظروف الأسرية التي تعيق عملية الدراسة والتحضير لها وقد يعود إلى انخفاض

المكافآت والتشجيع للطفل على سلوكه الجيد حيث وجد من الدراسات أن بعض الأطفال لديهم الإنجاز في غياب الحوافز.

وفي ضوء التفسيرات المتنوعة التي تناولت طبيعة الدافعية مثل (النظرية الارتباطية، المعرفية، الإنسانية، التحليل النفسي) تم استنتاج بعض المبادئ التي تساهم في استثارة دافعية الطلبة وتعزيزها وتؤدي بالتالي إلى تحسين أدائهم التحصيلي، من ذلك ما يأتي:

١. على المعلم أن يستثير انتباه الطلبة نحو السبل الكفيلة بإنجاز الأهداف المرغوب فيها، ويوجههم إليها وذلك باستخدام مثيرات أو وسائل لفظية وغير لفظية تخاطب حواس الطالب المختلفة.

٢. على المعلم أن ينوع في الأنشطة بحيث يكلف الطلبة ذوي الحاجات المنخفضة للإنجاز والنجاح؛ بمهام سهلة يضمن نجاحه فيها فيراعي الفروق الفردية، حيث إن ذلك يزيد من ثقة الطالب بنفسه ويعزز الأنشطة المستقبلية.

٣. على المعلم أن يساعد الطلبة في صياغة أهدافها وتحقيقها خاصة إذا كانت هذه الأهداف قصيرة المدى من حيث التحقيق.

٤. استخدام برامج تعزيز مناسبة للطالب في وقتها المناسب.

٥. توفير مناخ تعليمي غير مثير للقلق.(القطامي، ١٩٩٢).

بعض العادات الدراسية الخاطئة:

تعرف الدراسة بأنها استخدام العقل في الوصول إلى المعرفة أو في إيجاد سبل ووسائل التحصيل المعروفة.

*** العادات الخاطئة في الدراسة والتي تؤدي إلى ضعف التحصيل ما يلي:**

- اختيار أوقات دراسية غير مناسبة.
- محاولة الصّمت وتأخير الدراسة ليوم الامتحان.
- عدم وضع برنامج دراسي.
- عدم القيام بالواجبات الدراسية.
- عدم معرفة استخدام المكتبة والمراجع.

*** وقد تعود الأسباب في ذلك إلى:**

- الجهل في كيفية الدراسة الجيدة وبالتالي فهم بحاجة لمعرفة الظروف والأساليب الصحيحة.
- صعوبات التعلم والتأخير الدراسي وربما تكون أنجح الوسائل هنا تشخيص هذه الصعوبات من قبل متخصصين ومحاولة الوصول إلى علاج ملائم.
- الأسباب النفسية مثل عدم الشعور بالأمن لدى اعتبار الذات القلق والخوف.
- الأساليب الخاطئة في عملية التنشئة الاجتماعية.
- القسوة والخوف من قبل المعلمين أو الآباء.
- الجو المدرسي. (سمارة، ١٩٩١).

*** الوقاية والعلاج:**

- التأكيد على أهمية التخطيط وبناء برنامج دراسي يخططه الطفل ويلتزم به.
- تنمية اتجاهات إيجابية نحو التعليم.
- استخدام طريقة (SQ 3R) وهي الطريقة التي تقوم على:

١. المسح لتزويد الطالب بعنوانين الطالب.
٢. تحويل العناوين لأسئلة.
٣. القراءة من أجل الإجابة.
٤. مراجعة الأسئلة والإجابات.
٥. تسميع وتلخيص هذه الإجابات.

الدوافع:

كثيراً ما يتساءل المربون عن أسباب اختلاف الطلبة في الإقبال على الأنشطة المدرسية، أو المواد الدراسية، بعضهم يقبل عليها بحماس كبير، وبعضهم يرفضها، وبعضهم يتقبلها بفتور، يستغرق بعضهم ساعات طويلة جداً في الدرس وبعضهم لا يستطيع الاستمرار في الدراسة، وبعض الطلبة لا يقبل إلا التفوق بينما بعضهم الآخر يرضى بمستوى منخفض، إن هذه الأسئلة ترتبط بالدوافع إذ ان علماء النفس يعدونها إحدى العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي.

معنى الدافع:

الدافع هو حالة داخلية جسمية أو نفسية تثير السلوك في ظروف معينة وتواصله حتى تصل إلى غايتها. (كاظم ولي آغا، ١٩٨١).

الدافع عبارة عن حالة توتر في الكائن الحي تبعث فيه حاجة فيسعى إلى الإشباع لتحقيق حدة توتر الدافع والعواطف (فوزي طعمه وآخرون، ١٩٨٣).

إذاً فالدافع حالة داخلية تشار لحاجة ما يحتاجها الفرد يؤدي إلى إشباع هذه الحاجة سوء أكانت نفسية أو جسمية.

دوافع السلوك:

لكي نفهم مشكلات الصحة النفسية أو مشكلات السلوك بوجه عام علينا أن نفهم أولاً ما يحرك السلوك أو يدفعه، لقد وجد علماء النفس أن تكوين الإنسان وعملياته الديناميكية تتطلب إشباع حاجات معينة في ظروف خاصة ببعض الأساليب نشاط معين حتى يمكنه أن ينشأ صحيحاً من الناحتين النفسية والجسمية، إن الشخصية لا تتحقق لها الصحة النفسية السليمة التي تهدف إلى توافق الإنسان مع البيئة الخارجية إلاّ إذا أشبعت هذه الحاجات وشعر الإنسان بأن حاجته قد أشبعت فعلاً.

فدراسة دوافع السلوك مفيدة لأنها مهمة في زيادة فهم الإنسان لنفسه ولغيره من الناس وهي أيضاً تساعدنا على التنبؤ بالسلوك الإنساني. ويمكن تقسيم دوافع السلوك إلى ما يلي:

(١) دوافع أولية:

ويقصد بالدوافع الأولية تلك الدوافع التي لم يكتسبها الفرد من بيئته عن طريق الخبرة والتعليم، إنما هي عبارة عن استعدادات يولد الفرد مزوداً بها، ولهذا تسمى أحياناً بالدوافع الفطرية أو الدوافع العضوية (Organic) كما صنفها البعض بدوافع ترتبط بالحاجات الإنسانية الداخلية ودوافع ترتبط بالعوامل الخارجية البيئية. كذلك فقد صنفها آخرون بأنها دوافع بيولوجية (Biological Motives). وأمثلة هذه الدوافع (الأمومة، الجوع، العطش، الجنس، والراحة، والنوم).

(٢) دوافع اجتماعية مكتسبة أو الدوافع القانونية:

يتعلم الطفل أثناء التنشئة الاجتماعية كثيراً مـن الـدوافع والرغبـات والاتجاهـات التي تسمى بالدوافع الاجتماعية لأنها تنشأ من تـأثير العوامـل الاجتماعيـة ولأنهـا تـؤثر بالسلوك الاجتماعي للفـرد وفي علاقتـه بـالآخرين وهـذه الـدوافع ليسـت فطريـة وإنمـا تكتسب بالتعلم ومن هذه الدوافع (دافـع التقـدير الاجتماعـي، دافـع السـيطرة، دافـع التملك، دافع المقاتلة، دافع حـب الاسـتطلاع" وإن هـذه الـدوافع غـير ثابتـة بـل قابلـة للتغيير أو التعديل على حسب الظروف المادية أو الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

(٣) : ثمة نوع آخر من الدوافع الثانوية نشأ نتيجة عوامل التربية ولكن تختلف من فـرد إلى آخر وهو في مستوى أكثر تعقيداً من الدوافع الأخرى ويتضمن هذا النوع ما اصطلح على تسمّيته بالعواطف والعقد، فأي عاطفة كالحب والبغض مثلاً هي عبارة عـن دافـع ثانوي يتكـون نتيجـة تجمـع بعـض الانفعـالات المصـاحبة للـدوافع الأوليـة أو الثانويـة، فليست عناصر العاطفة أموراً جديدة إذ هي موجودة أصلاً في نفـس الفـرد وإنمـا تـنظم فيما بينها ثم تدخل في تركيب جديد لم يكن موجوداً من قبل.

(٤) الانفعالات دوافع للسلوك:

بين الدوافع والانفعالات صلة وثيقة لكنها صـلة معقـدة فـنحن نفعـل حـين تثـار دوافعنا استثارة فجائية وحين ترضى إرضاء غير متوقع أو حين تعاق أي يصيبها الإحبـاط. والملاحظ أن أغلب دوافعنا الأساسية تصحبها انفعالات مميزة فالحاجة إلى الطعام تقترن بانفعال الجوع ودافع التماس الأمن يقترن بانفعال الخوف ودافع المقاتلة يقترن بانفعال الغضب، والدافع الجنسي يصحب انفعال الشهوة كأن الانفعال هو القوة المحركة للدافع ومن دونه يكون الدافع خامداً لا أثـر لـه وحتـى إن لم يكـن الانفعـال مصـاحباً ضرورياً للدافع كما يرى بعض العلماء فمن الممكن اعتبار كل انفعـال دافعـاً (محمـد مصـطفى زيدان، ١٩٨٤).

أهمية الدافع:

تعد الدوافع في ذاتها هدفاً تربوياً تنشده الـنظم التربويـة حيـث اتفـق علـماء الـنفس بوجه عام على أنه لا بد من وجود دافع لكي يتعلم الإنسان سواء أكان هذا الدافع شعورياً

أم غير شعوري إذ إنه لا يمكن التعلم دون وجود دافع. ونجد أن التربية الحديثة تؤمن بوجود دوافع لدى المتعلمين تدفعهم نحو التعلم ولقد أدركت التربية الحديثة هذه الناحية الأساسية وهي أهمية وجود عرض واضح يدفع التلاميذ نحو التعلم وتتلخص أهمية الدافع بما يلي:

(١) الدوافع مثيرة للطاقة والنشاط:

فالدوافع هي التي تزود السلوك بالطاقة المحركة فهي التي تطلق الطاقة وتثير النشاط ولهذا يمكن القول بأنه لا سلوك دون دوافع، فالفرد الشبعان لن يبحث عن طعام.

(٢) الدوافع توصل الإنسان إلى تحقيق أهدافه:

حيث تتعاون المثيرات والحوافز الخارجية مع الدوافع الداخلية على استثارة وتحريك السلوك وتوجيهه نحو الهدف والهدف النهائي هو تحقيق التوازن وخفض التوتر والهدوء، واستقرار وتحريك الطاقات الكامنة المثيرة للقلق لدى الإنسان.

(٣) الدوافع هي وسيلة تعلم الكائن الحي التوافق مع نفسه ومع البيئة.

فالدوافع أساسية لاكتساب السلوك والخبرات والعبارات والمعرفة وتطوير السلوك وترقيته.

(٤) توجيه الدوافع يحقق الثبات الانفعالي والواقعية في مجابهة المشاكل وتوازن الدوافع والانفعالات أساس في حسن توافق الإنسان.

(٥) الدوافع تمكن الإنسان من فهم نفسه وفهم الناس وتفسير سلوكهم والتنبؤ به.

(٦) لابدّ أن تكون دوافع السلوك مقبولة اجتماعياً حيث إن الخروج على القوانين والقيم يجعل الإنسان غير مقبول اجتماعياً.

خصائص الدافع:

علينا أن نفهم عدداً من النواحي المتعلقة بالدوافع والتي من شأنها تفهم هذا الموضوع ومعرفة أثر الدافع في مواقف التعليم المختلفة وأهم هذه النواحي:

١. الدوافع الفسيولوجية:

وتتمثل أساساً في الجوع، العطش، الأمومة، الجنس، الإفراز، الألم.

* **خصائصها:**

- دوافع فطرية أي أنها موروثة وليست مكتسبة.
- عامة بين الأفراد وتؤدي غالباً وظائف بيولوجية.
- تحدث نتيجة اختلال في التوازن العضوي والكيميائي.

٢. الدوافع النفسية:

هناك ارتباط كبير بين مختلف الدوافع سواء أكانت هذه الدوافع فسيولوجية على شكل حاجات أساسية فطرية متعلمة، مكتسبة أم دوافع نفسية أم نفسية اجتماعية.

ويقصد بالدوافع النفسية: الحاجات المتّحمورة حول الأمن، والحب واحترام الذات وتأكيد الذات، ويهمل السيكولوجيين الغربيون الحاجات الروحية مثل الحاجة إلى الإيمان والعبادة والدعاء. خصائص هذه الدوافع:

- لا يبدو أن لهذه الدوافع أسساً فطرية واضحة ولا عوامل بيولوجية ظاهرة.
- للثقافة والتربية دور هام في أنماط ونماذج ظهور بالدوافع حيث ترتب ترتيباً معيناً في أنماط إشباع لهذه الدوافع.
- إغفال السيكولوجيين الغربيين للحاجات الروحية وما يمكن أن تؤديه من دور في توازن الشخصية وفي استعادة التوازن بعد اختلاله.
- لا يمكن فصل هذه الدوافع عن الدوافع الفسيولوجية وعن دوافع اجتماعية معينة كالتملك والسيطرة وغير ذلك إلاّ من الناحية النظرية إذ ينبغي النظر إلى الذات الإنسانية نظرة تكاملية تراعي الأبعاد العضوية والنفسية الاجتماعية والروحية.

الدوافع في مدارس علم النفس:

١. مدرسة التحليل النفسي والدوافع:

تناول أصحاب هذه المدرسة حاجات الفرد ودوافعه تناولاً كيفياً خالصاً حين تعود هذه المدرسة إلى (فرويد) الذي لم يحاول وضع قائمة مفصلة عن الدوافع الأساسية، كذلك لم يستهدف وصف الشخصية عن طريق الدافع وإنما عن طريق صراعاتها، ويتفق أصحاب هذه المدرسة (مدرسة التحليل النفسي) مع المدرسة الغرضية (لمكدوجل) في أن الغرائز هي الدوافع الأساسية للسلوك.

ويرجع أصحاب هذه المدرسة الغرائز إلى نظريتين هما:

- غريزة الحياة أو الغريزة الجنسية أو ما يطلق عليها غرائز جنسية وغريزة الأنا وهي تهدف إلى الربط والتجمع وبالتالي فهي تهدف إلى بقاء الكائن الحي.
- غريزة الموت أو العدوان: وهي تهدف إلى حل التجمعات والرجوع بالكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية، ويرى فرويد أن الغريزة الجنسية هي المصدر الأساسي لنشاط الكائن الحي، ويعتقد أن أفعالنا ليست كلها غرضية تهدف إلى أغراض محددة ولكنها حتمية جبرية فالسلوك وراءه دوافع فإن لم تكن هذه الدوافع شعورية فهي دوافع لا شعورية، (فزلات القلم واللسان والنسيان أو أي حادثة من الحوادث كلها تخفي وراءها رغبات مستترة كما أنها ترقى إلى هدف).

٢. نظرية ماكدوجال والدوافع:

قام (ماكدوجال) بترتيب قائمة مجددة ومكتملة للدوافع الأساسية تستبين عن طريق معايير موضوعية وكانت المعايير التي أقامها أربعة من حيث الأساس.

أ- ينبغي أن يظهر السلوك الغريزي دون تعلم.

ب- ينبغي أن يكون عاماً أو قريباً من ذلك داخل النوع.

جـ- ينبغي إمكان اكتشاف الظواهر الموازية في أنواع حية أخرى.

د- كل غريزة تستخدم تراكيب جسمية متميزة تلائم الوظائف التي تضطلع بها.

إن نظرية مكدوجال تعتبر من أكثر النظريات شيوعاً في مجال الغرائز حيث تحدث عن ثلاث عشرة غريزة أساسية تفسر معظم السلوك الإنساني. وهذه الظواهر هي:

١. الوالديه: وانفعالها "الحنو".

٢. غريزة المقاتلة: وانفعالها "الغضب".

٣. غريزة الاستطلاع: وانفعالها "التعجب".

٤. غريزة الهرب: وانفعالها "الخوف".

٥. غريزة البحث عن الطعام: وانفعالها "الجوع".

٦. غريزة النفور: وانفعالها "الاشمئزاز".

٧. غريزة الاستغاثة: وانفعالها " العجز والضعف".

٨. الغريزة الجنسية: وانفعالها "الشهوة الجنسية".
٩. غريزة الخنوع: وانفعالها "الشعور بالنقص".
١٠. غريزة السيطرة: وانفعالها "الزهو".
١١. غريزة الحل والتركيب: وانفعالها "حب العمل والنشاط".
١٢. غريزة التملك: وانفعالها "الشعور بالوحدة".
١٣. غريزة حب الاجتماع: وانفعالها "الشعور بالوحدة".

وهناك غرائز أخرى هي " غريزة الضحك" وانفعالها "التسلية". وقد تحدث ماكدوجال عن أن الغرائز لا تظهر في السلوك الإنساني في صورة نقية بل في صورة عواطف ترتبط بموضوع ما في البيئة.

٣. نظرية ماسلو والدوافع:

تعنى هذه النظرية بتميز الدافعية من حيث علاقتها بالشخصية أكثر من علاقتها بدراسة التعلم: وأوضح (ماسلو) أنه لا يمكن وصف حافز في عزله عن الحوافز الأخرى ففهم الحوافز لا يمكن أن يتم إلا بالنظر إلى إشباع أو عدم إشباع الحوافز الأخرى فقد حدد حاجات الإنسان بسبعة أنواع صنفها بشكل هرمي من حيث القوة الغالبة حيث تقع الحاجات الفسيولوجية في قاعدة التصنيف بينما تقع الحاجات الجمالية في قمته وهذه الحاجات هي:

(١) الحاجات الفسيولوجية:

كالطعام والشراب، والتنفس، وبعد إشباع هذه الحاجات الأولية يمكن للحاجات الأخرى أن تظهر وفي مستوى أعلى في سلوك الفرد.

(٢) حاجات الشعور بالأمن:

رغبة الفرد في السلامة والأمن والطمأنينة وفي تجنب القلق والاضطراب والخوف وتظهر هذه الحاجة لدى الأطفال بوضوح وتنشأ عند الشعور بالخطأ.

(٣) حاجات الحب والشعور بالانتماء:

وتنطوي على الرغبة في إنشاء وتكوين علاقات وجدانية وتعاطف مع الآخرين كما يظهر حينما يشعر الفرد بغياب الأصدقاء أو القرين أو الناس وجه عام. ويرى ماسلو

إن مساهمة الفرد في الحياة الاجتماعية محدد أو مدفوعة بحاجاته للحب والانتماء والتواد والتعاطف.

(٤) حاجات تحقيق الذات (احترام الذات).

وتعني حاجة الفرد إلى إثبات وجوده وسط الجماعة التي يعمل بها وتحقق قيمه الشخصية كفرد مميز فمثلاً الطالب الذي يشعر بالثقة والقوة أقدر على التحصيل من الطالب الذي يلازمه شعور بالعجز أو الضعف أو الدونية. إن إشباع هذه الحاجات لدى الأفراد يأخذ أساليب مختلفة لاختلاف الاهتمامات والميول لديهم ولذلك تعتبر الحاجة إلى تحقيق الذات من الحاجات الرئيسية التي تقوم عليها الصحة النفسية للأشخاص.

(٥) حاجات الشعور بالاعتبار (تقدير الذات):

وترتبط هذه الحاجات بالشعور باعتبار الذات والتقدير من الآخرين بالثقة بالنفس والقوة والقيمة الشخصية كفرد مميز.

(٦) حاجات المعرفة والفهم:

تظهر هذه الحاجات في الرغبة المستمرة في الفهم والمعرفة والرغبة في الكشف ومعرفة حقائق الأمور وحب الاستطلاع، وتكون هذه الحاجات عند الأفراد أكثر من البعض الآخر حيث إنها قد تأخذ صورة أعمق في بعض مظاهر السلوك لدى بعض الأفراد.

(٧) الحاجات الجمالية:

وتتجلى عند الأفراد في الإقبال على النظام والترتيب والاتساق والكمال وتجنب الأوضاع القبيحة كالفوضى.

٤. النظرية الارتباطية (السلوكية) والدوافع:

تعنى هذه النظرية بتفسير الدافعية في ضوء نظريات التعلم ذات المنحى السلوكي أو ما يعرف بالمثير والاستجابة، فالكائن الحي هنا يتعلم بالمحاولة والخطأ مثال كائن حي في حالة جوع أو عطش (دافع). تواجهه مشكلة تتمثل في وجود حاجز بينه وبين هدف (مثير) مثل الطعام فيقوم الكائن بحركات عشوائية منوعة حتى يصل بالصدفة إلى حل المشكلة (الوصول) إلى الطعام في المثال.

وقد فسّر هذا التعلم بقانون الأثر (Low Of Effect)، فالإشباع الذي يتلو الاستجابة يؤدي إلى تعلمها وتقويتها، في حين يؤدي الانزعاج أو عدم الإشباع إلى إضعاف الاستجابة التي يتلوها.

٥. نظرية مورفي والدوافع:

ينظر (مورفي) في كتابه الشخصية إلى كل جانب من جوانب الشخصية في ضوء صياغة الدوافع وتعقدها وتداخلها وإخفائها والتعبير غير المباشر عنها. وهو في ذلك يتفق إلى حد بعيد مع نظرية التحليل النفسي، والدافع عند مورفي هو مدرج للتوتر في نسيج وليس له بداية محددة أو نهاية محددة بل يرتفع وينخفض دائماً في سلسلة مستمرة من تغيرات الطاقة ويمثل التوتر تركيز الطاقة الحيوية أو العضوية في نسيج أو في عدد من الأنسجة.

وعندما ينخفض هذا التركيز ينخفض مدرج التوتر وعندما يزداد يرتفع المدرج إلى أعلى، وعموماً فإن خفض التوتر يعني الإشباع وارتفاعه يعني عدم الارتياح. ولكن مورفي يلاحظ ارتباط الإشباع بارتفاع التوتر لا بانخفاضه في بعض الأحيان. والدوافع عند مورفي ليست محركات، أو مخازن للوقود بل هي تجريدات على متصل للنشاط لا يمكن تحديدها إلا بشكل عام على أساس من موضعها أو من آثارها الشكلية، ويعد دافعاً كل ما يحدث تركيزاً للطاقة في منطقة معينة من الجسم كالجوع والعطش أو الجنس. (محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٩٤).

قبل الانتهاء من موضوع الدوافع أراد المؤلف أن يتطرق إلى موضوع يعتقد أنه مهم ألا وهو موضوع "دوافع السلوك في الحديث النبوي الشريف".

لقد تناول الحديث النبوي الشريف بعض الدوافع يتعلق بحفظ الذات وبعضها يتعلق ببقاء النوع- فالدافع الجنسي ودافع الأمومة يتعلقان ببقاء النوع وأما الدوافع الفسيولوجية الأخرى فتتعلق بحفظ الذات، وقد أشارت الأحاديث النبوية الشريفة إلى بعض الدوافع الفسيولوجية التي تنتمي إلى كل من هذين النوعين من الدوافع:

١. دوافع حفظ الذات:

أشار الحديث النبوي الشريف إلى بعض دوافع حفظ الذات الهامة مثل: دافع الجوع، دافع العطش، دافع التعب، ودافع الحرارة والبرودة.

فعن عثمان بن عفان -رضي الله عنه - قال: قال رسول ال له-صلى الله عليه وسلم: "ليس لابن آدم حق فيَّ سوى هذه الخصال: بيت يسكنه وثوب يواري به عورته, وجلف الخبز والماء"

وعن أبي أنس عن رجل من المهاجرين من أصحاب رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: قال رسول الله عليه وسلم: "المسلمون شركاء في ثلاث, في الماء, والكساء والنار".

وعن المشورد بن شداد قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: "من كان لنا عاملاً فليكتسب زوجة فإن لم يكن له خادماً فليكتسب خادماً، فإن لم يكن له مسكن فليكتسب مسكناً".

ففي هذه الأحاديث السابقة بينات لأهم حاجات الإنسان الأساسية الفسيولوجية فالإنسان في حاجة إلى الغذاء لإشباع دافع الجوع وإلى الماء لإشباع دافع العطش وإلى مسكن يقيه من تقلبات الجو ومن أذى الحرارة والبرودة، كما يقيه من أذى الأعداء والحيوانات المفترسة، كما يجد فيه الملجأ الذي يرتاح فيه عناء العمل المتواصل طوال النهار، وهو يحتاج أيضاً إلى ملبس لكي يواري عورته ولكي يقي نفسه، وهو يحتاج إلى النار لكي تشعره بالدفء وتقيه أذى البرودة كما أنه يستعين بها في طهي طعامه.

ومن دوافع حفظ الذات:

* **دافع الإخراج:** الذي يدفع إلى التخلص من فضلات الطعام والشراب التي إن لم يتخلص منها تؤدي إلى إيذائه والإضرار بصحته، وقد أشار الرسول عليه الصلاة والسلام إلى الذي يسببه بقاء الفضلات في البدن من أذى وذلك في الدعاء الذي كان يقوله بعد قضاء حاجته "الحمد لله الذي أذاقني لذته وأبقى فيَّ قوته وأذهب عني أذاه".

ففي هذا الدعاء يحمد الرسول -صلى الله عليه وسلم- الله تعالى على نعمته عليه بلذة تناول الطعام والشراب وعلى نعمته عليه بالإبقاء على قوته وصحته وعلى ما أروع

فيه من قدرة على التخلص من الأذى الذي يحدثه بقاء فضلات الطعام والشراب في البدن. وجعله يشعر بالراحة بعد أن تخلص منها.

ويقوم كل من دافع الجوع وانفعال الخوف بدور هام في حياة الإنسان، فهو يكد ويشقى طوال حياته في سبيل الحصول على لقمة العيش التي يتقي بها ألم الجوع، كما أنه يعمل دائماً للتخلص من انفعال الخوف الذي يسبب له الألم والشفاء ويسعى دائماً للحصول على الأمن الذي يسبب له الشعور بالرضا والسعادة وراحة البال وقد أشار القرآن الكريم إلى ما لدافع الجوع وانفعال الخوف من أثر هام في حياة الإنسان.

قال تعالى: "**ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشّر الصابرين**" (البقرة آية ١٥٥).

وقال تعالى: "**وضرب الله مثلاً قرية كانت آمنة مطمئنة يأتيها رزقها رغدا من كل مكان فكفرت بأنعم الله فأذاقها الله لباس الجوع والخوف بما كانوا يصنعون**" (النحل آية ١١٢).

وقال تعالى: "**الذي أطعمهم من جوعٍ وآمنهم من خوف**"(قريش آية ٣، ٤).

ففي هذه الآية منّ الله تعالى على قريش بنعمة إطعامهم من جوع وأمنهم من خوف وفي ذلك إشارة إلى أهمية دافع الجوع وانفعال الخوف في حياة الإنسان.

وقد قال الرسول محمد -عليه الصلاة والسلام- أيضاً في أهمية كل من دافع الجوع وانفعال الخوف في حياة الإنسان. فعن عبدالله بن محصن الأنصاري الخطيمي رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "من أصبح آمناً في سربه، معافىً في بدنه، عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها" أخرجه الترمذي.

ففي هذا الحديث بيان لأهمية الأمن من الخوف والجوع بحياة الإنسان، كما فيه أيضاً إشارة إلى أهمية الصحة البدنية وجعل هذه الأمور الثلاثة أهم أسباب سعادة الإنسان في الدنيا، فالشخص الذي يشعر بالأمن في حياته ولا يعاني ألم الخوف، والذي يجد قوت يومه ولا يشعر بألم الجوع والذي يتمتع بصحة البدن ولا يشعر بألم المرض إنما هو شخص في قمة السعادة كأنما ملك الدنيا بأسرها.

٢. دوافع بقاء النوع:

إن الدافعين الفسيولوجيين اللذين يقومان بمهمة بقاء النوع هما:

أ- الدافع الجنسي: يؤدي الدافع الجنسي وظيفة هامة في حياة الإنسان والحيوان فهو يجذب الذكر والأنثى كلاً منهما نحو الآخر ويحدث التناسل ويتعاقب الأجيال ويبقى النوع. وقد أشار القرآن الكريم إلى وظيفة الدافع الجنسي في بقاء النوع في قوله تعالى: "**والله جعل لكم من أنفسكم أزواجاً وجعل لكم من أزواجكم بنين وحفدة**"(النحل، آية ٧٢). وحث الرسول الكريم -عليه السلام- المسلمين على الزواج بأنه سيفاخر بهم يوم القيامة قال عليه الصلاة والسلام: "النكاح من سنتي ومن لم يعمل بسنتي فليس مني، فتزوجوا فإنني مباهٍ بكم الأمم يوم القيامة" أخرجه ابن ماجه.

والعلاقة الجنسية الحلال بين الرجل والمرأة ليست في نظر الإسلام علاقة تهدف فقط إلى الحصول على اللذة والمتعة وإنما هي علاقة مودة ورحمة وسكن يشعر فيها الإنسان بالأمن والطمأنينة، قال تعالى: "**ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة إنَّ في ذلك لآياتٍ لقوم يتفكرون**" (سورة الروم، آية ٢١).

ويرتفع الإسلام بالعلاقة الجنسية الحلال بين الزوجين إلى مستوى الصدقة والعمل الصالح الذي يثاب الإنسان عن أدائه قال رسول الله -صلى الله عليه وسلم: "وفي بضع أحدكم صدقة، قالوا يا رسول الله: أيأتي أحدنا شهوته ويكون له فيها أجر؟ قال: "أرأيتم إن وضعها في حرام أيكون عليها وزر؟ فكذلك إذا وضع في حلال كان له أجر". أخرجه مسلم وأبو داود.

ب- دافع الأمومة:

يظهر دافع الأمومة بوضوح فيما تبديه الأم نحو أطفالها من حب وحنان وعطف ورعاية ويبدو سلوك الأمومة الفطري في الحيوانات الثديية حيث تسلك الأمهات في إرضاع صغارها والعناية بهم والدفاع عنهم سلوكاً فطرياً غريزياً.

وأشار الرسول -عليه الصلاة والسلام- إلى ما تعانيه الأم من مشقة أثناء الحمل والوضع والرضاعة والسهر على أطفالها والعناية بهم. شكى رجل إلى النبي سوء خلق أمه فقال عليه الصلاة والسلام: "لم تكن سيئة الخلق حين حملتك تسعة أشهر، قال: إنها سيئة الخلق، قال: "لم تكن كذلك حين أرضعتك حولين" قال: إنها سيئة الخلق، قال: لم تكن كذلك حين أسهرت لك ليلها وأظمأت نهارها" قال: "لقد جازيتها" قال: "ما فعلت؟ قال: حججت بها على عاتقيّ، قال: "ما جازيتها ولو بطلقة". (أخرجه ابن ماجه).

٣.الدوافع النفسية والروحية:

وللإنسان دوافع نفسية وروحية لا ترتبط بسد حاجاته البدنية كالدوافع الفسيولوجية ولا تتعلق بحفظ الذات وبقاء النوع وإنما هي تسد حاجات نفسية وروحية وهي حاجات أساسية أيضاً للإنسان لأن إشباعها يحقق له الحياة الآمنة المطمئنة السعيدة وإذا حرم من إشباعها حرم نعمة الشعور بالأمن النفسي وانتابه القلق وأحاط به الشقاء ومن بين الدوافع النفسية الروحية الهامة في حياة الإنسان.

أ- دافع التدين:

إن في الإنسان استعداداً فطرياً لمعرفة الله سبحانه وتعالى والإيمان به وتوحيده والتقرب إليه بالعبادة والالتجاء إليه والاستعانة به عندما تحيط به الأخطار وقد أشار القرآن الكريم إلى الأساس الفطري لدافع التدين في قوله تعالى: "**فأقم وجهك للدّين حنيفاً، فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون**"(سورة الروم،آية ٣٠).

وقد بيّن الرسول عليه الصلاة والسلام أن الإنسان يولد على الفطرة والدين الحنيف، فعن أبي هريرة -رضي الله عنه- عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "ما من مولود إلا يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو يمجسانه أو ينصرانه" أخرجه الشيخان.

فقد بيّن الرسول عليه الصلاة والسلام في هذا الحديث أن الطفل يولد على الفطرة وهي الدين الحنيف غير أن الطفل يتأثر بسلوك الوالدين وبعوامل التربية والثقافة التي ينشئها.

ب- دافع التملك:

يميل الإنسان إلى تملك الأموال والعقارات والأراضي وغير ذلك من أنواع متاع الحياة المختلفة وقد أشار القرآن الكريم إلى حب الإنسان التملك في قوله تعالى **"زُين للناس حُب الشهوات من النساء والبنين والقناطير المقنطرة من الذهب والفضة والخيل المسوّمة والأنعام والحرث ذلك متاع الحياة الدنيا والله عنده حسن المآب"** (آل عمران آية ١٤).

وأشار الرسول عليه الصلاة والسلام أيضاً إلى حب الإنسان تملك المال. فعن أنس ابن مالك رضي الله عنهما قال: قال رسول الله -صلى الله عليه وسلم: " لو كان لابن آدم واديان من ذهب لأحب أن يكون له ثالث، ولا يملأ جوف ابن آدم إلا التراب ويتوب الله على من تاب" أخرجه الشيخان والترمذي.

١. الأسرة وأثرها على الصحة النفسية للأبناء:

تحتل الأسرة مكانة الصدارة بين الأسباب الاجتماعية العديدة التي أقرتها المجتمعات الإنسانية المختلفة حيث تعرف الأسرة بأنها وحدة بنائية ووظيفة تتكون من شخصين أو أكثر. يكتسبون مكانات اجتماعية عن طريق الزواج والإنجاب ولقد أكدت مدرسة التحليل النفسي مدى أهمية الخمس سنوات الأولى في حياة الفرد حيث توضح في هذه الفترة نواة وأسس شخصيته. وأكد علماء الاجتماع والتربية الحديثة أن الفرد في السنوات الأولى من عمره يقلد ما يراه من سلوك داخل نطاق أسرته من عادات وتقاليد ومفاهيم وقيم دينية واجتماعية وكيفية التعامل مع الآخرين. وحتى تتعرف على دور الأسرة في الصحة النفسية للطفل لابدّ من إلقاء الضوء على الأمور التالية:

أ- العلاقة بين الزوجين:

من العوامل الهامة المؤثرة في العلاقات بين الزوجين التكيف الزواجي وخبرات الزوجين السابقة وأساليب تكيفها في فترات ما قبل الزواج حيث أكدت الدراسات في هذا المجال أن الزوجين اللذين استطاعا الوصول إلى تكيف اجتماعي جيد قبل الزواج يغلب فيهما أن يكون تكيفها مع بعضها جيداً بعد الزواج.

إن الطفل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بأبويه حيث إنهما يعتبران مصدراً للأمن والطمأنينة بالنسبة له كذلك يمثلان السند المادي والعاطفي فإذا كانت العلاقة بينهما علاقة يسودها الحب والوفاق والفهم المتبادل ترك ذلك أثراً جيداً على تكوين شخصية الأبناء على صحتهم النفسية أما إذا كانت العلاقة بينهما عكس ذلك فإن ذلك سيكون له أثر سيئ على صحة أطفالهم النفسية وسلوكهم.

ب. اتجاه الوالدين نحو أبنائهما:

إن تقبل الوالدين لطفلهما بمحاسنهم وعيوبهم وكذلك جنس المولود ذكراً أم أنثى يساهم في تدعيم الصحة النفسية لهؤلاء الأبناء وبعكس ذلك أثر في صحتهم النفسية وأدى إلى سوء التكيف لديهم.

جـ. إشباع حاجات الطفل:

إن الطفل لديه حاجات فسيولوجية تتوقف عليها حياته واستمراريته فلابدّ للوالدين من التعاون فيما بينهما من أجل إشباع هذه الحاجات والتي يؤدي إشباعهما إلى التكيف السليم للطفل وينعكس ذلك إيجابياً على صحته النفسية وعكس ذلك فإنه يؤدي إلى اضطراب سلوك الطفل وإلى سوء صحته النفسية وعدم القدرة على التكيف.

د. المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة:

إن المستوى الاقتصادي للأسرة له أثر على حياة الأسرة وكذلك على الأطفال في تلك الأسرة فتلبية الاحتياجات للأسرة والدخل الملائم لاحتياجات الأسرة يقلل من احتمال التفكك والصراع، حيث لوحظ أن ضغط المستوى الاقتصادي يترك آثاراً صعبة لدى الأبناء في الأسر الفقيرة فالأطفال الذين يعانون الجوع والبرد يكونون أميل إلى القلق وإلى عدم الاطمئنان ليومهم وغدهم.

هـ. الثواب والعقاب في الأسرة:

إن الإسراف في استخدام أساليب المكافأة والثواب للأبناء على عمل أي شيء له أثر سيئ عليهم حيث إنه يخلق منهم أناساً ماديين لا يفعلون شيئاً إلا إذا كان هناك ثواباً، إذن لا بدّ لجعل الثواب ذا أثر على سلوك الأبناء إن يكون هناك اعتدال في استخدامه على عكس ذلك قد يعتقد بعض الآباء إن القسوة الشديدة والعقاب الشديد هو الحل الأمثل لتعديل سلوك أبنائهم فالعقاب إذا استخدم بطريقة سليمة لا شك أن له الأثر الإيجابي في تعديل سلوك الأفراد أما إذا استخدم بطريقة خاطئة سيكون له الأثر السيئ على الأبناء.

واجبات الأسرة نحو الأبناء لمساعدتهم على التكيف والصحة النفسية

١. اتفاق الوالدين على أسلوب واحد في تربية الأبناء ووضع أهداف مشتركة والعمل على تحقيقها بشكل جماعي.
٢. وجود نوع سائد من الحرية والديمقراطية ليتمكن الأبناء من طرح أفكارهم وآرائهم دون تردد أو خوف والاتفاق على بناء الدور داخل الأسرة.
٣. أن يسود الأسرة جو من مشاعر الحب والاحترام بين أفرادها.
٤. مراعاة الفروق الفردية للأبناء.

٥. اتباع أسلوب ثواب وعقاب معتدل ومناسب دون مغالاة.

٢. المدرسة وأثرها على الصحة النفسية والتكيف للطلاب:

تعتبر المدرسة هي المؤسسة التربوية والاجتماعية الهامة بعد البيت والأسرة في التأثير في سلوك الطفل ورعايتها له حيث إن الطفل يقضي فيها فترة طويلة من حياته، وقد يكون هذا التأثير سلبياً أو إيجابياً ويتوقف ذلك على عدة أمور أهمها:

أ- التكوين المادي للمدرسة:

إن بناء المدرسة وموقعها من العوامل المؤثرة على صحة الطفل النفسية لهذا يجب أن تكون المدرسة ذات موقع مناسب وتكوين مناسب، وأن يتوافر فيها الملاعب المناسبة للطلبة كذلك يجب أن تراعى ظروف الصحة المناسبة في الغرف الصفية من حيث التهوية والإضاءة المناسبة والسعة فمتى تجتمع هذه الأمور تجعل من المدرسة شيئاً محبباً باعثاً للسرور في نفوس التلاميذ.

ب- النظم والقوانين المدرسية:

إن الجو المدرسي الذي يسوده الحرية والديمقراطية الذي يمكن الطلاب من التعبير عن آرائهم وأفكارهم له أثر إيجابي على تدعيم صحة الطلاب النفسية ونموها نمواً سليماً، كذلك يجب أن يكون نظام المدرسة نظاماً بسيطاً واضحاً وأن تعمل المدرسة على تكوين اتجاه إيجابي نحو نظمها وقوانينها وأن تبعد عن أساليب القهر والإجبار أو إشاعة جو من الرهبة من خلال سن القوانين داخل المدرسة بل من الواجب توعية الطلاب بقوانين المدرسة وأنظمتها وأنها وجدت لمصلحتهم ومن أجل حمايتهم، إن مثل هذا الجو لابدّ من أن يدعم الصحة النفسية لهؤلاء الطلبة ويساعدهم على التكيف السليم.

جـ- طرق التدريس والمنهج المدرسي:

إن التحصيل الدراسي له أثر كبير على شخصية الطلاب ولا يأتي التحصيل الدراسي الجيد إلا إذا تفهم مواده الدراسية فهماً جيداً. والمنهج الدراسي ليس هو مجرد المقررات الدراسية فقط إنما هو مجموع الخبرات وأوجه النشاطات توفرها المدرسة لطلابها داخل المدرسة وخارجها. ويجب مراعاة الأمور التالية عند وضع المنهاج حتى تتحقق الصحة النفسية للطالب في المدرسة:

١. مراعاة المرحلة التي يمر بها الطالب من خصائص وحاجات وأن يكون المنهج منسجماً مع سيكولوجية التلاميذ.

٢. يجب أن لا يقتصر المنهاج على الخبرات المدرسية داخل الجدران المدرسية بل ينبغي أن تتضمن المناهج أموراً تخرج بالتلاميذ إلى البيئة. (مصطفى فهمي، ١٩٦٧).

٣. التركيز أيضاً على المجتمع وما يسوده من ثقافة وأن تكون هناك مواد ثقافية تتحدث عن الصحة النفسية والجسمية.

إذاً فالمنهاج الذي يلائم قدرات الطلاب ويتفق معها ومع ميولهم واحتوائه على مواد سهلة مجتمعة وعلى نشاطات مفيدة لابد أنها سوف تدعم الصحة النفسية للطلبة وتساعدهم على التكيف السليم.

د. التعاون مع البيت والمجتمع المحلي:

من المهم وجود تعاون بين المدرسة والأسرة أولاً والمجتمع والبيئة الخارجية لينشأ الطالب بشكل سليم وذلك بعمل المحاضرات والنشرات حيث يمكن للمدرسة الاستعانة بآراء أولياء الأمور وإمكاناتهم في تنمية شخصية الطلاب كذلك الاستعانة بالمجتمع المحلي عن طريق وجوه النشاط المختلفة ويمثل ذلك أيضاً بالزيارات والرحلات ودعوة المختصين والمسؤولين ليلتقوا مع الطلبة حتى يستعد الطالب وتنمو شخصيته وتدعم صحته النفسية بشكل أفضل.

هـ. الصحة النفسية للمدرس:

تتأثر صحة التلاميذ بكفاءة المدرس وقدرته وعلاقاته مع تلاميذه حيث إنها تنعكس على صحة التلاميذ وسلوكهم، إذ يعتبر نموذجاً مهماً يقابل التلميذ ويتأثر به فالمدرس يجب أن يكون ليس ملقناً فقط بل عليه أن يكون معلماً ومرشداً وأخصائياً يحاول وباستمرار تقديم المساعدة للطلبة ما أمكنه ذلك، والمدرس الناجح يجب أن يتحلى بالأمور التالية:

- أن يتعامل مع الطلبة بديمقراطية مراعياً الفروق بينهم والنزاهة والعدالة بينهم.
- أن يهتم بمشكلات الطلبة ويساعدهم على التغلب عليها.
- المقدرة الكافية على القيام بمهمته واتباع طرق تدريس تساعد الطلبة على التفكير والاستنتاج والربط بين الموضوعات.

- أن يكون مرحاً عطوفاً مراعياً لشعور التلاميذ حازماً مع نوع من اللين.

كل هذه الأمور إذا ما توافرت في المعلم فإنه سيكون ناجحاً يساعد الطلبة على تدعيم صحتهم النفسية كذلك في التكيف السليم.

العمل والمهنة:

يحتل العمل مكانة هامة في حياة الإنسان وهو من العوامل الهامة التي لها دورها وتأثيرها على صحة الفرد النفسية فالعمل هو ميدان نشاطه المنتظم المنتج، فالعمل مصدر لقمة العيش وهو البيئة التي يعيش فيها جزءاً كبيراً من حياته يجعل الفرد آمناً على مصدر قوته وإشباع حاجاته ويشعر الفرد بقيمته ويؤكد ذاته ويحدد مكانته الاجتماعية في المجتمع. فإذا كان نوع العمل متناسباً مع قدرات الفرد وميوله المختلفة وآماله كان الغالب فيه أن يحقق الفرد النجاح في هذا العمل وبالتالي تدعم صحته النفسية ويحقق له النجاح والاستقرار النفسي والسعادة.

هناك عوامل تؤثر على صحة العاملين النفسية وتساعدهم إلى الوصول للإنتاج المناسب في العمل وهي:

١- القدرات: والمقصود بذلك مستوى الذكاء والقدرات الخاصة التي تلزم العمل.

٢- الكفاية المهنية: وهي مستوى الأهلية التي يكون العامل قد وصل إليها في ميدان عمله في مراحل التوجيه والتدريب المختلفة قبل أن يتحمل مسؤوليات عمله كاملة.

٣- الصفات الشخصية: مثل المثابرة، الدقة، النظام، الأمانة والتعاون والشعور بالمسؤولية حيث تحتل هذه الصفات مكانة هامة من استمرار العامل في عمله ونجاحه به.

٤- عامل الاهتمام الذي يعبر عن الميول والطموح والارتباط العاطفي بين العامل وعمله.

٥- ظروف العمل: فإذا كانت ظروف العمل صعبة وغير مناسبة للفرد ولحالته الصحية فإن هذا سيؤدي به إلى عدم الارتباط بهذا العمل وعدم حبه له وكذلك عدم الرغبة في بذل الجهد فيه مما يؤثر تأثيراً سيئاً على سلوك العامل وصحته النفسية والعكس صحيح. فإذا توافرت الشروط المناسبة للعامل وإذا تناسب العمل مع قدراته وإمكاناته وميوله واستعداداته فإن ذلك سيؤدي إلى التكيف الحسن ويدعم صحة

العامل النفسية. إذاً ما هي المؤشرات التي تدل على التوافق والتكيف المهني للعامل؟

أي ما هي مظاهر الصحة النفسية للعاملين؟

يمكننا تلخيص أهم هذه المظاهر بالأمور التالية:

١- يزيد معدل الإنتاج وكذلك يرتفع مستوى الكفاية الإنتاجية للعاملين.

٢- قلة عدد الشكاوى والتظلمات من العاملين.

٣- التمسك بالعمل وعدم الرغبة في تركه.

٤- قلة الأخطاء في العمل وعدم وجود فاقد وتالف في الإنتاج.

٥- انخفاض معدل الغياب بين العمال.

٦- اختفاء السلوكات غير المرغوبة كالسلوك العدواني لدى العاملين.

٧- انخفاض عدد إصابات العمل التي غالباً ما تكون سببها اضطراب العامل وقلقه وعدم قدرته على التركيز.

٨- عدم إجبار العاملين من استخدام الحيل الدفاعية.

الحاجات وأثرها على الصحة النفسية والتكيف

إن للفرد حاجات متعددة بحاجة إلى الإشباع فالحاجة بحد ذاتها هي مطلب الفرد للبقاء أو لنمو الإنتاجية أو الصحة والتقبل الاجتماعي وتنشأ في حالة شعور الفرد بعدم التوازن البيولوجي أو النفسي في موقف معين وبقدر إشباع هذه الحاجات تتوقف الصحة النفسية للفرد: وأهم هذه الحاجات:

١. الحاجات الفسيولوجية:

وهي حاجات أساسية للفرد من أجل نموه وقيامه بواجباته ووظائفه الفسيولوجية وهي حاجة مهمة لحياة الإنسان وبقائه وأهم هذه الحاجات، (الحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الشراب والحاجة إلى التنفس، والحاجة إلى الراحة والنوم والحاجة إلى الجنس. إن إشباع هذه الحاجات بطريقة سليمة له دور هام في حياة الفرد ويساعد على تدعيم صحته النفسية ومساعدته على التكيف السليم.

٢. الحاجات النفسية:

وهذه الحاجات لا تقل أهمية عن الحاجات السابقة فالطفل بحاجة إلى الحب من المحيطين به وخصوصاً الوالدين وأهم هذه الحاجات:

أ- الحاجة إلى الأمن:

وهذه الحاجة تظهر لدى الأطفال بوضوح في تجنبهم لمواقف الخطر فهي إذاً تحررهم من الخوف وأن لا يكون الإنسان مهدداً في رزقه أو مستقبله وأن يكون مستقراً في حياته الأسرية.

ب- الحاجة إلى الحب:

فالطفل المحبوب ممن حوله طفل سعيد وهذا يدعم صحته النفسية وأما الطفل المحروم من الحب والحنان فيعتقد أنه طفل غير سوي لأنه لا يستطيع أن يقابل الناس بمثل هذا الشعور. لذا على الأبوين أن يشبعا هذه الحاجة بطريقة معتدلة أيضاً لأن الإسراف في الحب والدلال قد ينعكس سلباً على صحة الطفل النفسية.

جـ- الحاجات الاجتماعية:

١- الحاجة إلى التقدير من الآخرين.

٢- الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة لنقل الطفل، وتحقق له مكانة اجتماعية.

د- الحاجة للتعبير عن الذات وتأكيدها:

وهي أن يثبت الفرد وجوده وسط الجماعة التي يعمل بها.

هـ- الحاجة إلى النجاح:

فتحقق هذه الحاجة تشعر الفرد بالأمن والثقة بالنفس.

و- الحاجة إلى اللعب :

حيث يساعد اللعب في تدعيم شخصية الفرد النفسية.

نسبية الصحة النفسية:

إن الصحة النفسية تعني التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة عند الفرد وهذا يكاد يكون مستحيلاً فلا يوجد توافق تام بين الوظائف النفسية المختلفة، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالته الصحية عن غيرها وهذا هو الذي يميز بين الصحة النفسية

من فرد إلى آخر فكلما زادت أخطاء الفرد قلت صحته النفسية وكلما قلت أخطاء الفرد زادت صحته النفسية شأنها في ذلك شان الصحة الجسمية.

كذلك فإن تكيف الفرد مع من حوله من أفراد أسرته ومجتمعة تكيف نسبي ويختلف باختلاف الزمان والمكان وهذا أيضاً يدل على نسبية الصحة النفسية ومن هنا فعلى المرشد والأخصائي مراعاة ظروف البيئة التي يعيش فيها المسترشد قبل أن يصدر أحكاماً على هذا المسترشد أثناء المعالجة.

أهم علامات الصحة النفسية:

مظاهر الصحة النفسية:

يميل معظم المهتمين بالصحة النفسية إلى الاتجاه القائل بأنها إيجابية وتبدو في التناسق العام بين الوظائف النفسية المختلفة وهي تؤدي عملها ضمن وحدة الشخصية فما هي أهم علامات أو مظاهر الصحة النفسية التي تدل على قيام هذه الوظائف بمهماتها بشكل أو مستوى معين من التناسق والتكامل؟ هناك عدة مظاهر للصحة النفسية أهمها:

١- الصحة النفسية، كما تظهر في التناسق العام بين الوظائف النفسية.

ويقصد بذلك أن الشخصية تؤدي وظائفها بصورة متكاملة جسمياً وعقلياً وانفعالياً أي أنها تعمل بتناسق فيما بينها نحو تحقيق هدف معين فإذا طرأ أي خلل في هذه الوظائف وهذا التناسق فإن الاضطراب سيحدث وبالتالي سيكون البحث عن هذا الاضطراب.

٢- الصحة النفسية كما تظهر من خلال عدد من المعايير:

حدد عدد من الباحثين عدداً من المعايير الأساسية نذكر منها على سبيل المثال:

يذكر سنايدرز (Schneiders) تسع نقاط يعتبرها المعايير الأساسية للصحة النفسية نلخصها كما يلي:

أ- الكفاية العقلية.

ب- التحكم بالأفكار والتكامل بينها.

جـ- التكامل بين العواطف والتحكم بالصراع والإحباط.

د- العواطف والمشاعر السليمة والإيجابية.

هـ- المواقف السليمة.

و- المفهوم السليم حول الذات.

ز- وعي الذات المناسب.

ح- العلاقة المناسبة مع الواقع.

ويعني كل معيار أنه من الممكن النظر إلى الصحة النفسية من خلاله بحيث تقدم المحصلة، بعد اعتماد المعايير التسعة صورة واضحة عن الصحة النفسية للشخص.

٣- الصحة النفسية كما تظهر في نقاط الاتفاق بين عدد من الدراسات التحليلية:

لقد قامت دراسات من بيئات مختلفة كان من بين أهدافها معرفته مظاهر الصحة النفسية، ويمكننا ذكر أهم هذه المظاهر على النحو التالي:

أ- المحافظة على شخصية متكاملة.

ب- التوافق مع المتطلبات الاجتماعية.

جـ- التكيف مع شروط الواقع.

د- المحافظة على الثبات.

هـ- النمو مع العمر.

و- المحافظة على قدر مناسب من الحساسية.

ز- المشاركة المناسبة في حياة المجتمع وتقدمه.

٤- الصحة النفسية في التفاعل بين الفرد ومحيطه:

إن الاتجاه الإيجابي للصحة النفسية في مجال التفاعل بين الفرد ومحيطه يظهر نوعين من العلاقات التفاعلية، علاقة الإنسان مع نفسه وعلاقته مع العالم الذي حوله.

أولاً: علاقة الفرد مع نفسه: هناك ثلاثة مظاهر:

١- فهم الفرد لنفسه ولدوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله ما هو عليه.

٢- نمو الفرد وتطوره ونظرته إلى المستقبل.

٣- وحدة الشخصية وتماسكها تماسكاً ينطوي على التعبير المناسب من جهة والثبات الكافي من جهة أخرى.

ثانياً: علاقة الفرد مع محيطه: ويتضمن المظاهر التالية:

١- تحكم الشخص بذاته في مواجهة الشروط المحيطة به. ويعني قدرته على اتخاذ وتنفيذ قراراته بنفسه والتي تتصل بمحيطه ضمن شروط وظروف محيطه.
٢- إدراك الفرد للعالم كما هو ومواجهته بما يقتضيه.
٣- سيطرة الفرد على شروط محيطة وتحكمه بها.
٤- الشعور بالأمن والطمأنينة، والذي يتحقق نتيجة لنجاح الفرد في علاقته مع نفسه ومع ما يحيط به.

يتضح لنا من الشكل الرابع لمظاهر الصحة النفسية أنها تنبثق من علاقة الفرد مع نفسه من ناحية ومن علاقته مع ما يحيط به من ظواهر اجتماعية وطبيعية. بمعنى أن الصحة النفسية تظهر في قدرة الإنسان على التكيف مع الذات ومع المحيط ونجاحه في تحقيق نوع من التوازن بين حاجاته وقدراته وشروط المحيط بشقيه المادي والاجتماعي (الرفاعي، ١٩٨٢) وهي:

١- الإرادة القوية.
٢- الحب.
٣- الشعور بالرضا عن النفس.
٤- التكيف الذاتي.
٥- الاستقرار الجنسي.
٦- الإنتاج الملائم.
٧- التكيف الاجتماعي.
٨- الخلق الرفيع.
٩- الاستقلال.
١٠-اختيار الأهداف.

أهمية الصحة النفسية للأفراد والمجتمع:

إن انتشار الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية بعد الحرب العالمية وظهور الحركات الاجتماعية والإنسانية التي تؤكد على حقوق الإنسان في الحرية والأمان، كان

من الأسباب القوية التي أدت إلى الاهتمام بالصحة النفسية والتأكيد عليها لأهميتها القصوى في تحقيق حياة كريمة للفرد وفي تنمية المجتمع وازدهاره.

أولاً: أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

إن الصحة النفسية مهمة جداً للفرد وذلك لعدة أمور نجملها فيما يلي:

١- فهم الذات: فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته فهو يعرف ذاته ويعرف حاجاتها وأهدافها.

٢- التوافق: ويعني ذلك التوافق الشخصي بالرضا عن النفس وفهم نفسه والآخرين من حوله.

٣- الصحة النفسية تجعل حياة الفرد خالية من التوتر والاضطراب والصراعات المستمرة مما تجعله يشعر بالسعادة مع نفسه.

٤- الصحة النفسية تجعل الفرد قوياً تجاه الشدائد والأزمات وتجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بشكل متكامل متناسق.

٥- الصحة النفسية تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم مما تجعلهم يتصفون بسلوك السلوكات السوية ويبتعدون عن السلوكات الخاطئة.

٦- إن الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء.

ثانياً: أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع:

إن الصحة النفسية مهمة بالنسبة للمجتمع بمختلف مؤسساته؛ لأنها تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد ويمكن أن نورد بعض النقاط الهامة لأهمية الصحة النفسية للمجتمع :

١- الصحة النفسية السليمة بالنسبة للوالدين تؤدي إلى تماسك الأسرة والذي يؤدي إلى خلق جو ملائم لنمو شخصية الطفل المتماسكة وتجعل الأفراد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي.

٢- تعد الصحة النفسية ذات أهمية للمدرسة حيث إن العلاقة السوية بين الإدارة والمدرسين وبين المدرسين أنفسهم تؤدي إلى نموهم السليم والذي ينعكس على نمو

التلاميذ فينمو نمواً سليماً كذلك فإن العلاقة الجيدة بين المدرسة والبيت تساعد على النمو النفسي للتلميذ.

٣- الصحة النفسية مهمة للمجتمع لأنها تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد وعلى المجتمع الذي يعيش فيه.

٤- والصحة النفسية للمجتمع في غاية الأهمية لأن المجتمع الذي يعاني من التمزق وعدم التكامل بين مؤسساته هو مجتمع مريض؛ لذلك نستنتج مما سبق أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع وقدرتها على تحقيق التكامل والنماء والسعادة.

٥- الصحة النفسية تجعل الأفراد قادرين على التحكم بعواطفهم وانفعالاتهم مما تجعلهم يهتمون بسلوك السلوكات السوية ويبتعدون عن السلوكات الخاطئة.

٦- إن الهدف النهائي للصحة النفسية هو إيجاد أكبر عدد من الأفراد الأسوياء.

الشخصية غير السوية (الاضطرابات النفسية):

يرى (فرويد) أن التكوين البيولوجي والوراثي والنفسي يمثل العوامل التي تسهم في نشأة المرض النفسي ويرى أن الإنسان يأتي إلى الدنيا طفلاً لديه جوانب عجز كثيرة وهذا العجز يوجد الموقف أطول للخطر ومن ثم الخوف من فقدان الموضوع مما ينشئ داخل الفرد حاجة لأن يكون محبوباً.

ويشمل العامل النفسي في الأعصبة ثلاثة عناصر تشكل الصراع العصابي المرضي:

الأول: إحباط الرغبات الجنسية عن طريق الأنا والذي ينتج عنه حجز الغريزة الجنسية ويحدث الكبت في الطفولة حين يكون الأنا ما زال ضعيفاً في مقابل الرغبات الجنسية وينشأ الإحباط كرد فعل للقلق ، حيث يتوقع الأنا أن إشباع الرغبة الجنسية سيؤدي إلى الخطر فيكبت هذه الرغبة الخطيرة ، وعن طريق الكبت فإن الأنا يستعيد جانباً من تنظيمه ويبقي الرغبة المكبوتة غير متاحة لتأثيره.

العنصر الثاني : فهو التحويل الممكن للرغبات الجنسية المحيطة إلى أعراض عصابية والتي تعتبر إشباعات بديلة للرغبات الجنسية المحيطة.

أما العنصر الثالث : فهو عدم ملائمة الكبت مع استيقاظ وشدة الغريـزة الجنسـية عنـد البلوغ بعد أن كان فعالاً خلال الطفولة وأثناء فترة الكمـون وبـذلك يعـيش الفـرد صراعاً عصابياً مركزاً.

فرويد والعملية الإرشادية:

إن العلاج النفسي حسب مفهوم فرويد هو إمكانية جعل المسترشد يعبر بحريـة عن مشاكله التي يعاني منها وهي مكبوتة في ذاته ، ومن خلال مراحل التحليـل النفسي الذي يجعل المسترشد لديه القدرة عـلى الحـديث بحريـة أكـثر بحيـث يصـبح اللاشـعور شعوراً وهذا يعني أن الأنا تقوى والأنا الأعلى تضعف ويصبح المسترشد أكثر إدراكاً للهو ، ويصبح دور المعالج النفسي في إمكانية جعل اللاشعور شعوراً وإعادة دمج الخبرات التي كانت في السابق مكبوتة في الشخصية وبعد أن يتم ذلك يصـبح المسترشـد أكـثر سـيطرة على حياته وبالتالي يصبح لديه القـدرة عـلى اتخـاذ القـرار وممارسـة ذاتـه بشـكل واع ، وهذا ما أطلق عليه فرويد إعادة تنظيم تركيب الشخصية.

دور المرشد:

الدور الذي يأخذه المعـالج أو المرشـد بالنسـبة للمسترشـد هـو دور الموجـه لما يجري من أحداث وهو الذي يميل رأيه ويوجه سير الجلسـة العلاجيـة ، فتـارة يسـتحث المسترشد على الكلام والتركيز على موقف معين أو حادث قد تم وتارة يفسر لـه جوانـب من ذكرياتـه أو تداعياتـه بمنطـق رمـزي غـامض عـلى المسترشـد أي أن دور المرشـد دور سلطوي.

أساليب العلاج والتحليل النفسي:

١. **التداعي الحر:** طريقة يستخدمها المحللون في الحصول عـلى بيانـات عـن شخصـية المريض والعلاج أيضاً ، ويعتمد هذا الأسلوب على أن المريض عنـدما يـأتي للمعـالج فعليه أن يفصح عن كل ما يدور في ذهنه حتى ولو كانت غير سارة أو غـير مهمـة، إن عملية التداعي الحر محكومة بقوى اللاشعور التي تتمثل في الرغبة في الشفاء – الرغبة في العلاج – الصراعات الرضية – وهذه كلها قد تهدد عملية التحليل النفسي في بداية عملية العلاج ، يركز المعالج على عنصر التحليـل للأمـور التاليـة (الطفولـة

المبكرة ، السنوات الأولى وذكرياتها وخبراتها والأحلام واللغة والرمزية والمقاومة والتدخل).

إن هدف أسلوب التداعي الحر هو إمكانية الكشف عن الأشياء والموضوعات التي يكبتها المسترشد في منطقة اللاشعور ومحاولة استدعاء هذه الخبرات المكبوتة إلى حيِّز الشعور ، وعندما يبدأ المسترشد بالحديث عن هذه الخبرات يشعر بالقلق ، وعلى المعالج دور كبير في تشجيع المسترشد ومساعدته وتدعيم ذاته من أجل محاولة المسترشد السيطرة على هذه المشاعر التي تقلقه ، وكذلك يعمل المعالج في مساعدة المسترشد على عملية الاستدعاء والكشف عن هذه الخبرات المكبوتة التي لم يكن المسترشد يعيبها من قبل، ويفسر المعالج كل ما كشف عنه خلال عملية التداعي الحر من مشاعر وأفكار ورغبات وصراعات ، كذلك على المعالج أن يكون منتبها لما يصدر عن المسترشد من زلات لسان وتلعثم في الحديث.

٢. **التحويل** : يحصل عندما تكون المشاعر الانفعالية العاطفية نتيجة نمو الشخص المعالج على الرغم من أن الشخص المعالج هو المصدر العام لهذه المشاعر الانفعالية . إن تحليل هذا المعالج يعطف ليفرق بين أحلام اليقظة أو الواقعية في المشاعر التي تنقل من الشخص السابق نحو الشخص المعالج فضلاً عن أن التابع (المسترشد) يساعد لكي يكتب فهم كيف يستطيع أن يفسر أو يشعر أو يتجاوب في المصطلحات التي سيتم ذكرها بعد قليل لأن معظم المادة التي يتم نقلها ليست من الشعور . وقد أشار (باترسون) إلى أن هناك ثلاثة أنواع من التحويل هي:

أ- التحويل الإيجابي ويتسم بالحب والإعجاب.

ب- التحويل السلبي هو الذي يتسم بالكراهية والنفور.

ج- التحويل المختلط وهو الذي يجمع بين النوعين السابقين.

٣. **المقاومة**: وهي إحدى الحيل التي يقوم بها المريض للدفاع عن النفس من أجل عدم كشف الكبوتات غير المرغوب في كشفها لا سيما إذا كانت مخيفة وفيها صبغة انفعالية قوية وكذلك إحساس بالشعور بالخجل والذنب ومن مظاهر هذا الأسلوب

٤. (الكلام بصوت مسموع ، الصمت الطويل ، عدم الإصغاء إلى المعالج ، عدم التقيد بالمواعيد والاعتذار عنها).

٥. **تحليل الأحلام** : يستخدم بكشف عما باللاشعور من رغبات ودوافع أو صراعات مكبوتة وقد اعتبره فرويد طريقاً مباشراً إلى اللاشعور لأنه كان يرى أن مضمون الأحلام تحدده الرغبات المكبوتة إلى تفسير الأحلام على أنها تحقيق رمزي لهذه الرغبات التي ينطوي عليه بعض مضمونها خبرات الطفولة المبكرة.

٦. **التفسير** : لقد أشار فرويد إلى أن هذا الأسلوب يعتبر من أدق ما يمكن أن يميز عملية التحليل النفسي وهو المظهر الرئيس لتدخل المعالج في الصراعات العصابية لدى العميل ، فالتفسير التحليلي يتناول الديناميكية بين العميل والمعالج من جهة – والمواد التي تكشف خلال عملية التداعي الحر والتحويل والمقاومة والأحلام من جهة أخرى فالتفسير يزود العميل بكل المعاني لهذه المواد التي ظهرت ويحاول التفسير ربط العلاقة بين السلوك الحالي للعميل وطفولته المكبوتة، حيث إن التفسير يجب أن يكون كلاماً صحيحاً ومنطقياً حتى يقبله العميل وحتى يؤدي إلى هدف التحليل النفسي في عملية استدعاء وكشف وفهم هذه الذكريات المكبوتة.

قلق الامتحان وعلاقته بالصحة النفسية

يعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية ويمكننا إن عصرنا هذا بعصر القلق لأن القلق أصبح السمة السائدة في مجتمعاتنا كباراً أو صغاراً شباباً وشيوخاً ونساءً ورجالاً . والقلق يلاحظ عند الأفراد في مناسبات مختلفة فهو يلاحظ عند طالب الثانوية قبل الامتحان حين يكون استعداده غير كاف وكذلك عند طالب الجامعة . ويلاحظ لدى العاملين في مجال التجارة عندما تكون هناك أزمات اقتصادية ويلاحظ عند الطالب وهو ينتظر رد فعل أبيه على نتيجته في الامتحان إذا كانت غير مرضية . والاهتمام بهذه الظاهرة يزداد لا لكونها ظاهرة نفسية فقط بل لأنه تعدى ذلك ليصبح شكلاً من أشكال الاضطراب، وسوف نتحدث عن أحد مواضيع هذه الظاهرة وهو قلق الامتحان.

قبل أن نتطرق لقلق الامتحان علينا تعريف ظاهرة القلق فما هو القلق ؟

القلق هو حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده ، وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فريولوجية مختلفة. (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢).

قلق الامتحان : يعتبر قلق الامتحان شكلاً من أشكال المخاوف المرضية وهو من أهم وأعقد المشكلات النفسية التي تواجه لبس التلاميذ فقط ولكن تواجه الأسرة بأكملها وذلك لكون القلق عاملا معوّقاً للتحصيل الدراسي بين الطلبة في مختلف مستوياتهم الدراسية فلا يكاد يخلو بيت من البيوت من مواجهة هذه الظاهرة والناشئة عن الامتحان وما تسببه من توتر وعصبية لجميع أفراد الأسرة.

مفهوم قلق الامتحان:

يعرف (سبيلبرجر) قلق الامتحان بأنه سمة شخصية في موقف محدد ويتكون من الانزعاج والانفعالية، ويعرف الانزعاج بأنه اهتمام معرفي يتمثل في الخوف من الفشل بينما الانفعالية هي ردود أفعال الجهاز العصبي الاوتونومي . ويمثل هذين المكونين أبرز عناصر قلق الامتحان. (محمد عبدالظاهر الطيب، ١٩٩٤).

أنواع القلق:

ينقسم القلق من حيث المصادر المثيرة له إلى:

١- القلق الموضوعي العادي : وفيه يكون مثير القلق خارجي ومعروف سببه وفي ذلك يتفق القلق مع الخوف.

٢- القلق الذاتي العادي : وفيه يكون مثير القلق داخلياً كخوف الفرد من تأنيب الضمير إذا أخطأ أو اعتزم الخطأ.

٣- القلق العصابي : وهو أعقد أنواع القلق حيث يكون سببه داخلياً غير معروف ويسميه بعض السيكولوجيين بالقلق اللاشعوري المكبوت.

أسباب قلق الامتحان:

١. أسباب القلق من وجهة نظر المدرسة للتحليل النفسي:

يرد (فرويد) معظم الاضطرابات بصفة عامة إلى صراعات داخلية لا شعورية والتي هي عبارة عن قوى داخلية تتصارع مع بعضها بعضاً ويؤدي تصارعها إلى ظهور أعراض مرضية.

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق هما ، القلق الموضوعي أو الحقيقـي والقلـق العصابي، فالأول رد فعل مقبل هدفـه حمايـة الإنسـان أو الـذات مـن موضـوع حقيقـي والثاني خوف غامض لا شعوري غير معروف سببه، والمدرسة الفرويديه تربط بين القلـق وخبرات الطفولة.

٢. أسباب القلق من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

ترجع المدرسـة السـلوكية اضـطرابات السـلوك بصـفة عامـة إلى تعلـم سـلوكيات خاطئة وسوء توافق مع البيئة وخاصة في مرحلـة الطفولـة المبكـرة ويـرون أن اكتسـاب تلك السلوكيات المرضية (الخاطئـة) يـتم طبقـاً لمبـادئ الـتعلم في المدرسـة السـلوكية، وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل في تـدعيم تلـك السـلوكيات والعمـل على استمرارها وبقائها.

علاج قلق الامتحان:

- إن معظم الدراسات السابقة التي تناولت قلق الامتحان لجأت إلى استخدام أسلوب الحساسية التدريجي الذي طوره (ولبي) والقائم على أساس مبدأ الاشتراط المضاد أو الكف المتبادل واستخدام الاسترخاء العضلي وحده كطريقة في العلاج.
- كذلك فقد دلت نتائج دراسة (لهيفاء أبو غزالة ١٩٧٨) على فعالية كل مـن أسـلوبي تقليل الحساسية التدريجي (المتضمن الاسترخاء العضلي) والاسترخاء العضـلي وحـده في خفض قلق الامتحان وعلى جميع المقاييس المسـتخدمة بالمقارنـة مـع المجموعـة الضابطة.
- أسلوب التدرب على التغذيـة البيولوجيـة المرتـدة فقـد أثبتـت الدراسـات الحديثـة فعالية التدريب على العائد البيولوجي في خفض قلق الامتحان ، ويعني قدرة الفـرد عـلى الـتحكم في انفعالاتـه بمـا يـنعكس عـلى خفـض عـدد مـن المـؤشرات السيكوفسيولوجية لقلق الامتحان قبل انخفاض توتر عضلة الجبهة وانخفاض ضغط الدم وانخفاض عدد نبضات القلب. (عايدة أبو صايمة، ١٩٩٥).

اضطراب الانتباه:

بعد تثبيت الانتباه من المعيقات الرئيسية لتفاعل الطفل مع البيئة المحيطة وبخاصة البيئة الصفية إذ يقلل من فرصته على العلم بفاعلية ، وقد تصدر عنه أنماط سلوكية غير مناسبة مما يؤدي إلى تثبيت انتباه زملائه وتزداد آثار التثبيت السلبية مما يخلق صعوبات لدى المعلم في إدارة الصف. وقد يثير تشتت الانتباه لدى الطفل إلى مظاهر الإعاقة الانفعالية لديه وتتراوح في شدتها ما بين البسيطة والمتوسطة.

يقصد بالانتباه : النظر والإصغاء إلى مثير معين لفترة زمنية تسمى : مدة الانتباه وهي الفترة التي يستطيع فيها الطفل أن يركز على موضوع معين . والانتباه هو أحد المهارات الأساسية للتعلم ، أما تشتت الانتباه فيشير إلى الوضع الذي يتجه فيه نحو الانتباه إلى موضوع لا يتلاءم مع الأنشطة الصفية ويظهر ذلك عندما يشتت الانتباه بين موضوعات متعددة أو عندما ينحرف الانتباه نحو موضوع غير مناسب أو عندما يشتت الانتباه بسبب وجود أفكار أو مشاعر متضاربة. (نزيه حمدي، ١٩٨٨).

علاقة الانتباه بالنجاح المدرسي:

يتطلب النجاح المدرسي عادة أن ينتقي الطفل بين الميزات المتعددة الموجودة في غرفة الصف ، تلك الميزات ذات العلاقة بالتحصيل ، وأن يهمل المثيرات غير الملائمة فيفترض بالطفل أن يستمع لصوت المدّرس وأن لا يستمع لأصوات السيارات في الخارج أو الطلبة الذين يسوقون كما يفترض به أن يرى الكلمات المكتوبة على السبورة أو على صفحة الكتاب التي يقرأها وليس على لوحات الحائط أو ملابس المعلم.

تسمى الميزات البارزة في موقف ما والتي تكون موضع الإدراك والانتباه في وقت معين بـ (الشكل) بينما تسمى الميزات الأخرى التي توجد في الموقف نفسه دون أن تكون موضع إدراك وانتباه مباشر بـ (الخلفية) أن الطفل الذي يعاني من صعوبات بالانتباه لا يستطيع أن يحتفظ بصوت المعلم في الشكل ويبقي الأصوات الأخرى في الخلفية مما يؤدي إلى تعطيل عملية التعلم وتقليل فرص النجاح لديه بسبب انتقاله من مهمة لأخرى دون إنجاز.

أسباب تشتت الانتباه:

يرجع تشتت الانتباه إلى مجموعتين من الأسباب ، الأولى : مرتبطة بالعوامل ذات العلاقة بالمناخ الصفي غير المناسب ، منها : طبيعة المادة التعليمية ، أو أسلوب التدريس أو الوسائل التعليمية غير المناسبة أو كثرة المشتتات داخل الصف وخارجه ، كما أن ارتفاع مستوى القلق والتوتر داخل الصف يضعف قدرة الأطفال على التركيز ويعطل أداءهم التحصيلي. أما فيما يتعلق بالمجموعة الثانية فهي مرتبطة بالطفل نفسه وأهمها:

١- عوامل عضوية تتعلق بعدم اكتمال النضج العصبي ، أو صعوبات في الإدراك تجعل من الصعب عليه تمييز الشكل من الخلفية.

٢- عوامل نفسية مثل : القلق وعدم الشعور بالأمن بحيث يظهر القلق كعامل مشتت يضعف القدرة على التركيز في موضوع مناسب.

٣- التوجه الخارجي ويظهر في الحالات التي يقوم بها الطفل بجزء من العمل ثم يتوقف حتى يحصل على توجيهات أو تعليمات خارجية أخرى.

٤- أحلام اليقظة أو السرحان بحيث لا يستطيع التركيز على ما يدور في غرفة الصف. (محمد زيدان حمدان، ١٩٨٢).

٥- انتباه المعلم له (تعزيز إيجابي) أو الإعفاء من أداء مهمات لا يرتاح لها (تعزيز سلبي).

٦- تقليد نموذج ضعف الانتباه كأن يكون الأب أو الأم من النوع الذي يشتت انتباهه بسرعة ولا يركز على الموضوعات المناسبة أو قد لا ينجز الأعمال أو المهمات التي تناط به.

علاج تشتت الانتباه:

يتطلب علاج تشتت الانتباه وضع خطة علاجية متكاملة تأخذ بعين الاهتمام أسباب تلك المشكلة ، وقد يتم معالجتها كحالات فردية ، أو من خلال الإرشاد الجسمي أو ضمن برامج لتعديل السلوك موجهه للصف بأكمله.

١- **الكشف عن الاستعداد:**

يستعمل المرشد اختبارات الاستعداد المدرسي مع الأطفال الذين سيقبلون في الأول الابتدائي وبناء على نتائجها يصنفهم إلى أطفال يستطيعون بدء الدراسة أو أطفال لا استعداد لديهم. ثم يجتمع المرشد مع المعلمين وأولياء الأمور لإطلاعهم على حقيقة الأمر ولوضع خطة للتعامل مع فئات الأطفال المختلفة.

وهناك اختبارات استعداد متنوعة كاختبارات الاستعداد القرائي واختبار الاستعداد الحسابي ، وهي كثيرة الاستخدام في المدرسة الابتدائية.

أما عن اختبارات الاستعداد في المرحلتين الإعدادية والثانوية يؤلف المدرس هذه الاختبارات في المواد التي يدرسها ويعطيها ويفسر نتائجها بمساعدة المرشد ، وتكون لدى المرشد عادة اختبارات استعداد مقننة في كل مادة من المواد ، وتستعمل نتائج هذه الاختبارات في تصنيف الطلبة في المواد التي يدرسونها وفي اختبار المواد التي سيدرسونها أو الابتعاد عنها (المواد) التي يعانون من ضعف فيها أو التي لا يوجد لديهم استعداد لدراستها.

كما تستعمل نتائجها لتعديل طريقة التدريس بحيث تلائم الطلبة. ولاختيار طريقة التدريس الملائمة ، أي أنه يحدد الصف الذي يجب أن يسجل فيه الطالب إذا كان مستجداً أو منقولاً.

كما يهدف إلى تحديد المادة التي يجب أن يدرسها والمادة التي يجب أن يعفى منها، ويهدف أيضاً إلى معرفة أي المناهج وأي كتب القراءة يصلح له. وإلى أي المجموعات من التلاميذ يجب أن يضم كي يتمكن من التعلم :

١- تستخدم الاختبارات النفسية في تحديد نواحي القصور وتبيان الضعف والقوة في قدرات الفرد ، وعند إجراء الاختبارات على ضوء هذا الهدف يتم بمعرفة الجوانب التي يعاني منها الفرد أو التي تسبب اضطرابه مستقبلاً.

وتعتمد الاختبارات النفسية المختلفة طرق تشخيصية مختلفة مثل تحليل نموذج القدرات والاستعدادات وغيرها . فالمرشد يلفت نظر الطالب إلى أن هناك تناقضاً بين

طموحاته وقدراته مقنعة بأن عليه أن يوفق بين خططه وقدراته وذلك بأن تطبق عليه(اختبار القدرات والاستعدادات) .

٢- الكشف عن ضعاف العقول أو الموهوبين: يعطي المرشد هذه الاختبارات للتلاميذ للوقوف على مدى نضجهم العقلي وتستعمل هذه لتشخيص الضعف العقلي وتصنيف التلاميذ تصنيفاً متجانساً حسب قدراتهم العقلية بحيث يؤدي هذا التصنيف إلى تسهيل التعلم والتعليم وتعطى اختبارات الذكاء للطفل عند دخوله المدرسة لتحديد مستوى نضجه العقلي ، كما تعطى للتلاميذ الراسبين الذين يشك في مقدار ذكائهم وتعطى مرة كل عام أو عامين لجميع التلاميذ كما تعطى كل عامين أو ثلاثة أعوام في المرحلتين الإعدادية والثانوية.

فلا يستطيع المرشد أن يعرف التخصص المناسب أو غير المناسب إذا لم يعرف ذكاء الطالب وقدراته وميوله ولا يستطيع أن يحدد ما إذا كانوا قد رسبوا لنقص ذكائهم وقدراتهم أو لأي سبب آخر ولا يستطيع المرشد حل هذه المشكلة دون اختبارات ذكاء حيث بواسطتها يحدد إذا كان الطلاب ليسوا متخلفين أو ضعاف عقول وقد يوجد طلبه ناجحون لا يعملون بأقصى طاقاتهم يستطيع المرشد إكثافهم بواسطة اختبارات الذكاء ومقارنتها بتحصيلهم.

٣- التخطيط الدراسي : والذي يعني اختبار الأهداف التدريسية وتعديلها باستمرار فمن بين وظائف المعلم ، أن يختار الأهداف التدريسية اليومية التي تتناسب مع مستوى الصف الذي يقوم بتدريسه ، ولا بد للمعلم أن يعيد النظر باستمرار في الأهداف التي يريد أن يحققها وهذا لا يأتي إلا من خلال القياس والتقويم ، فقد تظهر له الاختبارات على أن الأهداف التي يسعى إليها ويصبو إلى تحقيقها ، وعلى ضوء ذلك فلا بد للمعلم أن يقوم بتعديلها إذا أراد أن يكون ناجحاً في تدريسه وأن يعيد النظر في أهدافه ، كأن يقوم بتعديلها أو تنويعها أو تطويرها بما يتلاءم مع استعدادات الطلاب وقدراتهم. (أحمد بوني، ١٩٩٤).

كما يضم التخطيط الدراسي للكتاب المدرسي أو المقرر الدراسي وهي أحد عناصر المنهاج بمفهومه الحديث ، ولما كان تطوير الكتب الدراسية عملية ضرورية لتحسين

العملية التعليمية ، كان لا بد من الاستفادة من نتائج التقويم في إعادة بناء المقرر الدراسي وتحسين بعض جوانبه. (محمد عبدالسلام، ١٩٩٤).

٤- اختيار الدراسة أو المهنة: تعين الاختبارات النفسية الطالب على فهم مستواه في مواد وقدرات معينة تؤهله لدراسات أو تجعله يحجم عن متابعة دراسة معينة ، لأنها تتطلب منه ما لا يتوفر لديه، وبناءً على ذلك تفيدنا الاختبارات النفسية والتربوية في مساعدة التلميذ على اختيار دراسة تناسبه بعد أن يكوّن عن نفسه صورة موضوعية متكاملة تعتمد على معرفته بقدراته واستعداداته وميوله.

أما في حالة اختيار التلميذ دراسة لا تناسبه أو توجهه إليها أو قبوله فيها بسبب عوامل مثل : درجاته المدرسية ، فإن التلميذ يكون في حاجة إلى حل مشكلاته المتعلقة بالدراسة. وتفيد الاختبارات هنا في كشف أسباب الاضطرابات ومن ثم تبصير الطالب بها، فيعمل على تلافي ما أدى إلى اضطرابه ، أما بالنسبة لاختيار المهنة فإن التوجيه يهدف إلى دراسة الفرد واستعداداته وميوله وقيمه وسماته ، ثم دراسة المهنة ومتطلباتها ثم مساعدة الفرد على الالتحاق بإحدى المهن.

والاختبارات التي تفيد في تحليل الفرد وفي تحليل العمل ، وهكذا يمكن أن يوجه الفرد إلى العمل الذي يلائمه أكثر.

اختبارات التحصيل

تعريفـــها :

هـي أكـثر أنـواع الاختبـارات المقننـة شـيوعاً ، والهـدف الأسـاسي للاختبـارات التحصيلية هو إظهار أثر الدراسة أو التدريب الخاص ، وبالرغم من أنه يغلب في تطبيقها في المدارس ، إلا أنها تستخدم في ميادين أخرى مثل قياس التدريب المهني والتخصص والخبرة في كثير من الأعمال.

وكثير من الكتب قارنت بين الاختبارات التحصيلية واختبارات الاستعداد ، وهذا ما قد يحصل في المعتاد ، إلا أن الاختبارات التحصيلية تختلف عن اختبارات الاستعداد في عدد من الأوجه:

١- اختبارات التحصيل : تقيس أثر المجموعة من الخبرات المقننة هي المناهج الدراسية أما الاختبارات الاستعدادية تقيس الأثر المجتمع للخبرات المتعددة في الحياة اليومية ، أي أن الأولى تقيس أثر التعلم في ظروف معروفة ومضبوطة إلى حد ما ، أما الثانية تقيس أثر التعليم تحت ظروف غير معروفة وغير مضبوطة.

٢- اختبارات التحصيل تبين المكانة الحالية للفرد ومدى إفادته من التدريب إذ يدلنا الاختبار على ما يمكن أن يعمله الفرد في زمن محدود بقدرات مقياس كفايته ، أو تحصيله في زمن محدد ، أما اختبارات الاستعداد : تعتبر في التنبؤ بنوع الأداة المنتظر. إذ تستخدم في تقدير المدى الذي سيفيد به الفرد من التدريب ، كما تستخدم في التنبؤ بنوع التحصيل في موقف جديد.

استخدام الاختبارات التحصيلية

تستخدم الاختبارات التحصيلية في التعليم، والخدمات المختلفة، والجيش كما تستخدم أيضا في مجال علم النفس الإكلينيكي، وهي تخدم أغراضاً عديدة أهمها:-

١- الاختيار أو الانتقاء ، كاختيار الصالحين لنوع من التعليم أو المدارس المقننة.

٢- التصنيف ، كتصنيف الجنود بعد معرفة خبراتهم وتدريبهم العملي السابق أو تصنيف أطفال المدارس، حتى يكونوا جماعات متناسقة.

٣- للحكم على مستوى مهارات الفرد ومعرفته الحالية، وهذا يعتبر ضروري لوضع خطه تعليمية أو تدريب مهني حتى يمكن الحكم عليه .

٤- التحقق مما إذا كان الفرد قد وصل أم لم يصل إلى مستوى معين كما في حالة استخدامها في الجيش أو في الصناعة.

٥- في الأغراض الإكلينكية ، كتشخيص قدرة الفرد أو عجزه ومدى هذا العجز من ناحية ما من صعوبات القراءة.

٦- تقسيم الدراسة وكذلك تعديلها ، عن طريق الاختبارات التحصيلية التي تقيس فعالية البرامج ومدى تحقيقها لأهداف التربية وما ينبغي إدخاله على تلك البرامج من تعديلات.

٧- تقييم التلميذ لأن موضوعية الاختبارات التحصيلية وشيوعها يساعدان المدرس على وضع تقييم أدق للتلميذ.

٨- تعيين البرامج العلاجية فهي تعين في تحديد نوع البرامج العلاجية الملائمة للفرد، وتحديد درجة استفادته منها حالياً ومستقبلاً.

٩- تيسير الاختبارات التحصيلية – وتساعد عمليات التعلم وذلك بمعرفة نقاط الضعف في التعلم السابق وتحديد طريقة الدراسة والمذاكرة التي يتبعها الطالب حالياً فتدفعه إلى التعليم بطريقة أفضل وإلى التحصيل الدراسي. (محمد عبدالسلام أحمد، ١٩٩٤)

تقييم الاختبارات التحصيلية

على الرغم من الفوائد الكثيرة لاختبارات التحصيل إلا أنه لا يمكن أن يجزم عن بعض الجوانب السلبية، ومن أكثر هذه الأخطاء شيوعاً تقنين المعلومات فإذا كان التقنين مصحوباً بتعلم المهارات الأولية كما في بعض المواقف المهنية والعسكرية التي قنن فيها الاختبار التحصيلي .

إلا أن التحصيل لا يقوم على تعلم نفس المهارات التي قنن عليها في مجالات أخرى من التدريب . كما أن التقنين يتجاهل الفروق الفردية في المعلم والمتعلم ويتجاهل الحاجات الفردية والظروف الخاصة للفاحص والمفحوص.

كما أن الاختبارات التحصيلية تهتم ببعض التعليمات أكثر من غيرها مثل إخفاقها في أسئلة الفهم والإدراك النقدي وتطبيق المبادئ العامة .

كذلك يغلب على الاختبارات التحصيلية أن تهتم ببعض التعليمات أكثر من غيرها مثل إخفاقها في أسئلة الفهم والإدراك النقدي ، وتطبيق المبادئ العامة.

وتكون الاختبارات التحصيلية على الأغلب مشحونة بمواد لها قيمتها الحالية في الدراسة وتقل قيمتها عند مواجهة الحياة اليومية الواقعية.

والواقع أن الاختبارات التحصيلية في تحسين دائم فهي الآن تقيس مظاهر التعلم المعقدة وتتنبأ من خلال هذه الدرجات بالنجاح في الدراسة والمهنة مستقبلاً ، إلا أنه ببعض الميادين التربوية يصعب فيها تصميم اختبار جيد ، ومن أهم هذه الميادين :

- قياس القدرة الناقدة – قياس استخدام المعارف القديمة في مواقف جديدة.

صدق الاختبارات التحصيلية

يوجد الصدق في الاختبارات التحصيلية بطريقتين :-

أ : تحليل المحتوى : **Content analysls**

ب: التحليل المنطقي : **Logical analysis**

وهذا لا يعني أنهما الطريقتان الوحيدتان في ميدان التربية إذ تستخدم كل الطرق الأخرى في إيجاد الصدق.

أسباب شيوع استخدام هاتين الطريقتين:

١- إن واضع الاختبارات التحصيلية لا يجد وقتاً كافيا لدراسات مستفيضة إذ إن الاختبار التحصيلي الجيد هو الذي يساير المنهج الدراسي الذي يقيسه وهذا المنهج يختلف من بيئة لأخرى ومن مرحلة لأخرى.

٢- اختلافات بعض المناهج بين المدارس واختلافات طرق التدريس المقرر الواحد من مدرس لآخر ، كل هذا يتوجب عمل اختبارات تتحدد بمجال معين ضيق ، وبالتالي تتعدد اختبارات التحصيل التي تقيس نفس المادة في الغرفة الدراسية ، وهذا التعدد من شأنه أن يجعل اختبارات التحصيل عرضة دائمة للتغير والتجديد .

٣- طبيعة المادة المقاسة تحول بين الباحث وبين القيام بدراسات تجريبية تتبعية وبينه وبين القيام بأنواع أخرى من التحصيل مثل التحليل العاملي.

وفي تحليل المحتوى يقوم واضع الاختبار بدراسة الأهداف ودراسة المحتوى لكل المنهج الدراسي ، وتحديد أجزائه ونسبها ثم يقوم بوضع فقرات تناسب كل هذا بحيث يمثل عدداً من الفقرات جزءاً من المحتوى بحسب وزن هذا الجزء بالنسبة للمنهج المقاس كله.

أما في التحليل المنطقي فيقوم المؤلف بوضع المفاهيم التي يود أن يكون التلاميذ حصلوها بعد أن درسوا المنهج ثم يعالج الفقرات منطقياً لتبين درجة تغطيتها لهذه المفاهيم متمسكاً بتحصيل الأهداف الذي يميز بين التلميذ الضعيف والتلميذ المتفوق، وفي الحالتين يهتم المؤلف بأن يكون الاختبار كافياً في تمثيل المنهج الدراسي.

أما بالنسبة للمحك الذي تستخدمه الاختبارات التحصيلية التربوية هو النجاح الدراسي.

فإذا كان أغلب الحاصلين على درجات مرتفعة في الاختبارات ناجحين دراسياً كان الاختبار صادقاً وإذا تزايدت نسبة الناجحين في الفقرة بارتفاع مستواهم كان الاختبار صادقاً ، ومن أسباب عدم كفاية هذا المحك الاختلافات البيئية والإقليمية بين محتويات ومستويات المنهج الدراسي.

معايير الاختبارات التحصيلية

المعيار الذي يستخدم في الاختبارات التحصيلية هو معيار (الفرقة الدراسية) Grad Norm ، وسبب استخدام هذا المعيار هو أن الطلاب مقسمون إلى جماعات متجانسة مكونة بالفعل هي :- جماعات الصفوف والفرق ، فلا يحتاج الباحث إلى القيام بتصنيف المفحوصين إلى جماعات بحسب كل منا معيار يناسبها ، وللحصول على هذا المعيار :- نحسب متوسط درجة كل فرقة دراسية بالنسبة للمادة التي يقيسها الاختبار ، وبالرغم من مزايا معيار الفرقة وسهولتها العملية ، إلى أن هناك اعتراضات فيها.

إن محتوى ومستوى التعليم يختلف من فرقة لأخرى ، كما ان حصول التلميذ على درجة تعادل متوسط فرقة دراسية أعلى من فرقته لا يعني وصوله إلى مستواها في مادة الاختبار نتيجة لتحصيله الرسمي وقد يعود ارتفاع الدرجة إلى القراءات والاطلاعات.

كذلك في معيار الفرقة تكون الوحدات غير متساوية ، ومن عيوب معيار الفرق أنه خلال أي فرقة دراسية واحدة ينمو التلاميذ في معرفة المواد بسرعة تختلف من مادة إلى أخرى بحسب المنهج الدراسي.

وكذلك من عيوبها، هو أنها تشمل أفراداً متجانسين بدرجة كبيرة فهناك فروق فردية بين تلاميذ الفرقة الواحدة تجعل بعضهم يفوقها بعدة فرق والبعض الآخر يقل عنها بعدة فرق خاصة في المواد التي يرتبط فيها التحصيل بالميل والاهتمام أو بتأثر الفرد بخبراته أو أسرته، لهذه العيوب لجأت الاختبارات التحصيلية إلى أنواع من المعايير وإلى تعديلات على معيار الفرقة الدراسية ، وأغلب هذه المعايير هي:-

١- معيار العمر التعليمي.
٢- النسبة التعليمية.
٣- نسبة التحصيل أو الإنجاز.
٤- المئين داخل الغرفة الدراسية. (محمد عبدالسلام أحمد، ١٩٩٤).

وظائف الاختبارات التحصيلية

١- المساعدة في تقنين التعلم لكل المدارس التي تعد الناس لنوع معين من الوظائف.
٢- أسلوب ناجح لمراجعة المنهاج الدراسي وتحسين طرق التعلم، كذلك لأن الاختبارات التحصيلية لا تقيس فقط المناهج بل ساعدت المدرسين ليحسنوا طرق دراستهم، وذلك أدى إلى أن ينمي المعلمين نقد الذات.
٣- بعض الاختبارات تطلبت أن يُظهر التلميذ مهاراته في العمل أكثر من مجرد الإجابة اللفظية ، لهذا وجهت الاختبارات الانتباه إلى أهمية تعلم السلوك الذي يهدف المنهاج إلى إيمانه لدى التلاميذ.
٤- الابتعاد عن الانطباع الذاتي عند إعطاء درجات للتلاميذ.
٥- تغير الاختبارات بأنها تبين النقائض بالتحصيل في الجوانب الجوهرية من المقرر التي أكدت عليها هذه الاختبارات.

مثال : التأكيد على الفهم للأشخاص الذين لديهم ضعف فيه وبالمقابل لديهم مهارة حسابية عالية.

٦- سمحت الاختبارات المقننة بتحليل الدرجات ومستوياتها وقللت الفروق الراجعة إلى كرم المصححين أو قسوتهم.
٧- تحسين الدافع لدى التلاميذ بقيام المنافسة على أساس عادل.
٨- تعتبر محك أفضل في انتقاء التلاميذ على أساسه يشتق صدق هذه الاختبارات.
٩- تخطي الحواجز أو حاجز اعتبار طول مدة التعليم مقياس لقدرة المتعلم ، ذلك لأنه وجد أنه لا يمكن اعتبار عدد السنوات ولا عدد المناهج أساساً للحكم على الشخص.
١٠- فوائدها الإكلينيكية والتنبؤية فضلاً عن وظيفتها في تقييم التعليم .

التنبؤية ←——— أداة ممتازة في تنبؤ نجاح التلميذ باجتياز منهاج أعلى من المنهاج الحالي .

إكلينيكية ←——— تظهر في حالة الجانح الذي يظهر تفوقا في مواد الدراسة وهنا يتحول العلاج إلى استغلال نواحي تعليمية ، كذلك يفيد اختبار التحصيل في تقدير وتشخيص التدهور العقلي الناشئ عن أسباب عضوية أو انفعالية. (سعيد حسني العزة، ١٩٩٤).

أنواع الاختبارات التحصيلية:

بعض الاختبارات تقيس التحصيل في مادة واحدة كالتاريخ أو العلوم، وهناك بطاريات من اختبارات التحصيل أعدت للفرق الإعدادية هذه البطاريات تتكون من عدة اختبارات فرعية ، وكل اختبار يقيس إحدى مجالات التعلم ، وما دامت الاختبارات الفرعية مقننة معاً فإن الاختبار يشير إلى معرفة الطفل لمادة بالمقارنة بقدرته في المجالات الأخرى، وأكثر مجالات القياس شيوعاً للمستوى الإعدادي هي القراءة، والتهجئة، والقواعد ، والتاريخ ، والحساب ، وعلى وجه العموم زاد شيوع استخدام اختبار المادة الواحدة عند استخدام بطاريات من اختبارات المواد.

كذلك بالإضافة إلى اختبارات المسح التي تقدر التحصيل العام للشخص في مجال واحد ، هناك اختبارات تشخيصية وهي تحدد نقاط القوة والضعف لدى التلاميذ ، وهي تركز على العملية التي يستجيب خلالها المفحوص أكثر مما تركز على النتيجة، وهي نادراً ما تكون مقننة لأنها تهتم بالمقارنة في ذات الفرد وليس بمقارنة الفرد بالآخرين.

وأغلب الاختبارات المنشورة تقيس المعرفة وتهمل جوانب السلوك الأخرى وهناك اتجاهات حديثة في القياس التعليمي هو إنشاء مقاييس عديدة جديدة لأهداف مثل : القدرة على تطبيق المبادئ ، ومهارات الاستدلال والقدرة على تفسير البيانات.

دور الاختبارات في تعميم التحصيل:

تهدف التربية أساساً إلى إحداث سلوكيات مرغوب فيها لدى الأفراد والجماعات سواء في مجال التعلم أو في مجال السلوك، وتسعى أن يكون الفرد متكيفاً مع نفسه

وأقرانه وأسرته وبيئته الاجتماعية ، وللتحصيل الدراسي دور هام في حياة الطالب التكيفية والمهنية والأسرية والاجتماعية لما يتركه من أثر قد يكون إيجابياً إذا كان تحصيله الدراسي مرتفعاً. الأمر الذي يحقق له وظيفة جيدة أو عمل يرضى عنه ويحبه ، وإذا كان الطالب من ذوي التحصيل المتدني فإن ذلك التحصيل سوف يترك آثاره السلبية على حياته المتمثلة في سوء التكيف مع المدرسة والأهل وصعوبات أخرى تتعلق بمستوى العمل الذي سيقوم به ، لذلك يهتم المربون بمستوى التحصيل الدراسي عند طلابهم ولا يتسنى لهم بدون التغذية الراجعة التي يجب أن يحصلوا عليها لتعريفهم بنقاط الضعف والقوة في تحصيلهم الدراسي ، وآثاره ودافعيتهم نحو الدراسة ثم تثبيت المادة الدراسية في ذاكرتهم.

دور الاختبارات في تقييم التحصيل

١- الاختبارات في حد ذاتها ليس لها هدف ، وإنما وضع الأهداف التربوية التي يسعى واضعو هذه الاختبارات في الوصول إليها ويسعى أن يصل إليها الطلاب من خلال المؤسسات التربوية ، وعادة تضع أهدافاً تسعى إلى تحقيقها وترسم فيها منهاجاً يساعدها على تحقيق تلك الأهداف، وتهيئ الوسائل المعينة لتحقيق نجاح برامجها التربوية ، والاختبارات التربوية تقيم المستوى التحصيلي عند الطلبة ، هل هو مستوى ضعيف أم متوسط أم عالٍ أم متفوق ؟ هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الاختبارات تساعد الباحث على تلافي نقاط الضعف الموجودة في برنامجه الدراسي أو التربوي لكي يستطيع إبدالها ببرامج أفضل ترفع من مستوى التحصيل عند الطلبة ، في مادة أو في مجموعة من المواد الدراسية أو مستوى طلابهم في خبرة ما أو في مجموعة من الخبرات المتعلمة، ومن ثم وضع السياسات والاستراتيجيات التربوية التي تساعدهم على رفع مستوى تحصيلهم الدراسي من أجل الوصول إلى تكييفهم مع أنفسهم وذويهم وأفراد مجتمعهم والتحاقهم بسوق العمل وتمكينهم من الانخراط في مهن يحبونها ويرضونها ويقدرون على القيام بمهامها.

٢- التشخيص : تهدف الاختبارات التربوية إلى معرفة مواطن القوة والضعف لدى الطلاب من أجل معالجتها وهذا يعني أن الاختبارات تقوم بدور تشخيص تلك

الصعوبات للدارس التربوي ، ومن ثم مساعدته على وضع البرامج التربوية المناسبة لتكييف طلابه من أجل رفع مستوى التحصيل الدراسي لديهم.

وهناك خطوات يجب اتباعها عند تصميم اختبارات التشخيص لديهم منها ما يلي:

أ- على الدارس أن يقوم بتحليل دقيق للقواعد والمبادئ والمعارف والمهارات التي يرمي الامتحان إلى قياسها.

ب- على الدارس أن يأخذ بعين الاعتبار كل جزء من المادة ويعطيه حقه من القياس. (جمانة الخطيب، ١٩٩٢).

ج- أن يرصد الباحث جميع العمليات التي يكتشفها طلابه ومن ثم يقوم بإعداد تمارين جديدة تساعده على تعلم النقاط التي أخفق فيها.

د- أن يقارن الباحث أو المعلم أداء صفوفه التي يدرسها بأداء صفوف أخرى لا يدرسها ليعرف مواطن الضعف والقوة في تدريسه.

هـ- أن يأخذ الدارس كل سؤال على حدة عن التحصيل النهائي فإذا كان الطلاب يحسنون الإجابة على سؤاله ، فهذا يعني بأنهم بحاجة إلى إعادة تعلم جديد لهذا السؤال.

و- أن ينظم المعلم الأسئلة التي تتناول نقطة معينة ، وذلك ضمن حقل أو مجموعة خاصة لكي يسهل عليه ذلك في عملية التحليل والتشخيص.(سعيد حسني العزة، ١٩٩٤).

٣- التغذية الراجعة : تزود الاختبارات التربوية الطالب تغذية راجعة عن نقاط القوة والضعف في استجاباتهم التحصيلية بهدف تلافي نقاط الضعف في الاختبارات القادمة وبدون هذه الاختبارات سوف يبقى الطلبة يعانون ، إذ إن استمرارهم في عدم معرفة الإجابة الصحيحة سوف يتكرر معهم مرة أخرى .

٤- الوضع مع الجماعة التعليمية : في بعض البلدان المتقدمة تلجأ المؤسسات التربوية إلى إلحاق الطالب المتفوق دراسياً ببرامج تربوية دراسية تتناسب مع مستواه وقدراته والطالب الضعيف ببرامج تتناسب أيضاً مع قدراته المختلفة، الأمر الذي يسهل عليه عملية التعلم مع هذه الجماعة بعكس بقائه مع جماعة المتفوقين التي لا يستطيع

مجاراتها ، وقد تستخدم الاختبارات التربوية في تصنيف الطلبة المتفوقين من نظام تعليمي إلى نظام تعليمي آخر. (عبدالقادر كراجة، ١٩٩٢).

٥- زيادة الدافعية : معظم الطلاب لا يدرسون إلا إذا حدد المعلمون لهم اختبارات وذلك من أجل شحن همتهم نحو الدراسة وإذا أركن الطلاب إلى أن معلمهم لن يقوم بعمل اختبارات لهم فإنهم سوف يميلون إلى الكسل وإلى العزوف عن الدراسة. إن الاختبارات تبقى على سلوك الطالب الدراسي محفزاً ، وهي بذلك تلعب دوراً كمعزز إيجابي خاصة إذا أحرز الطالب فيها على علامات عالية وعندها تكون الامتحانات أمراً مرغوب فيه لأنه يأتي على الطالب بالفرح والرضى عن الذات . (جمال الخطيب ١٩٨٧).

٦- الكشف عن الاستعداد لدراسة مقرر جديد : في بعض البلدان المتقدمة تقيس المدرسة الابتدائية استعداد الأطفال للدراسة في الصف الأول الابتدائي بواسطة اختبارات قد تكون تتعلق باللغة المطلوبة أو البرامج الدراسية بشكل عام ، وبذلك تقدم الاختبارات التربوية صورة قبلية عن مدى استعداد هؤلاء الطلاب على الالتحاق بمقررات دراسية جديدة.

٧- تثبيت التعليم : تتطلب الاختبارات من الطالب عمليات كثيرة منها الاستعداد لها بشكل جيد ومن ثم حفظ المادة الدراسية والقدرة على استرجاعها واستذكارها، وقد يلجأ الطالب إلى سؤال نفسه بما حفظ وبما لم يحفظه ، ومن ثم يلجأ إلى التسميع الشفهي أو التحريري للمادة المدرسية في ذاكرة الطالب.(سعيد حسني العزة، ١٩٩٤).

وظائف وأغراض الاختبارات النفسية

١- التأكيد على إبراز حركة القياس العقلي وأهميته للمقاييس النفسية كركن أساسي في بناء المجتمع الحديث وضرورة تطبيقها والاستفادة منها في المدارس والجامعات والمستشفيات وفي جميع الإضافات والمرافق التي نحتاج إليها.

٢- تصميم وبناء وتحوير الاختبارات والمقاييس النفسية وتقنيتها ، وذلك بما يتلاءم مع البيئة العربية لكي يتسنى استخدامها بصورة علمية وصادقة في مختلف الأماكن

والمؤسسات والمستشفيات والتركيـز عـلى الاسـتفادة منهـا بـين مـا يختـاره الطـلاب بصورة خاصة من التخصصات والمهن وبين ما لديهم من قدرات واستعدادات .

٣- عمل البحوث العلمية والنظرية والتطبيقية خاصة فيما يتعلق بتصميم الاختبـارات وتقنيتها وقياس معاملات صدقها وثباتها وترجمـة مـا يصـلح وتحـويره بمـا يناسـب البيئة المعمول فيها.

٤- إقامة المؤتمرات والندوات حول أهمية برامج القياس والتوجيه والإرشاد النفسي وما يؤديه من خدمات لمختلف الأفراد في مختلف المجالات.

٥- العمل على إعداد واستقطاب عناصر متخصصة ومؤهلة في مجال القياس والتوجيـه والإرشاد في الداخل والخارج.

٦- إنشـاء وتوجيـه بـرامج خـدمات التوجيـه والإرشـاد النفسي في المـدارس والمعاهـد والجامعات والمرافق المختلفة التي هي في حاجة إلى مثل هذه البرامج .

٧- العمل بالتعاون مع هيئات عربية عـلى إنشـاء مؤسسـة قوميـة للقيـاس والتوجيـه والإرشاد النفسي لجميـع الـدول العربيـة عـلى تصـميم وبنـاء اختبـارات ومقـاييس تتناسب واحتياجات الدول في الجامعات والكليات العسكرية والمؤسسات.

أنواع الاختبارات النفسية

أ- اختبارات ومقاييس الذكاء :

١- مقياس (ستانفورد بينه) للذكاء من عامين إلى ما بعد سن الرشد.

٢- مقياس (وكسلر) لذكاء الأطفال من ٥ – ١٥ سنة .

٣- مقياس وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين من ١٥- ٢٠ .

٤ - اختبارات الذكاء الابتدائي من ٧ إلى ١٥ سنة إعداد إسماعيل القباني.

٥- اختبار رسم الرجل من ٦- ١٢ (لجود آنف) .

٦. اختبار الذكاء الإعدادي منذ ١٠ – ١٧ سنة إعداد السيد محمد خيري .

٧. اختبار الذكاء العام للمرحلة الإعدادية إعداد : إدارة البحوث العلمية بوزارة التربية بمصر.

٨. اختبار الذكاء الثانوي – عمل إسماعيل القباني.

٩. اختبار الذكاء العام للمرحلة الثانوية – إعداد إدارة البحوث الفنية بوازرة التربية بمصر .
١٠. اختبار الذكاء الشباب المصور – تأليف حامد زهران.
١١. اختبار ذكاء الشباب اللفظي – تأليف حامد زهران .
١٢. اختبار ذكاء العميان وضعاف البصر إعداد حامد زهران وفتحي عبد الحليم.
١٣. اختبار القدرة العقلية العامة : إعداد أحمد عبد العزيز سلامة.
١٤. اختبار (كاتنل) المتحرر من التأثير الثقافي – إعداد أحمد بوني.
١٥. اختبار الذكاء العالمي – إعداد السيد محمد خيري .
١٦. اختبارات المصفوفات المتتابعة Ravenis prograssive matrices
١٧. اختبار الاستعداد العقلي للمرحلة الثانوية والجامعات.

ب- اختبارات ومقاييس القدرات والاستعدادات :

١- اختبار القدرة اللغوية – تأليف محمد عبد السلام أحمد.
٢- اختيار القدرة الكتابية – تأليف محمد عبد السلام أحمد.
٣- اختبارات القدرات العددية – إعداد محمد عماد الدين إسماعيل + سيد مرسي.
٤- اختبارات القدرات الفنية – تصنيف محمد عماد الدين إسماعيل.
٥- اختبارات القدرات الخاصة للقبول في المدارس الصناعية – إعداد دائرة البحوث الفنية بوزارة التربية والتعليم في مصر.
٦- اختبارات القدرات الخاصة للقبول بالمدارس الزراعية – إعداد دائرة البحوث الفنية بوزارة التربية والتعليم في مصر.
٧- مقاييس الاستعداد الاجتماعي – إعداد سيد مرسي.
٨- اختبار السرعة والدقة – إعداد محمد عماد الدين إسماعيل.

ج- اختبارات التحصيل :

عادة ما تقوم بإعداد هذه الاختبارات هيئات داخل البلد الواحد على مستوى محدود، إما قومي أو على مستوى أضيق في منطقة معينة ، وحتى داخل مدرسة معينة وتنظم هذه الاختبارات بصورة عامة ويطلب من التلميذ توضيح الخبرة التعليمية التي جربها وتساعد

هذه الاختبارات عامة على إظهار الفروق الفردية بين التلاميذ وفي قدرتهم على صياغة العبارات والمفاهيم ومدى فهممهم للعلاقات.

د- اختبارات ومقاييس الشخصية:

١- استفتاء الشخصية للمرحلة الأولى – تأليف (ريمون كاتيل) وإعداد عبد السلام عبد الغفار – سيد غنيم – عطية هنا.

٢- اختبار عوامل الشخصية للكبار الراشدين - تأليف ريمون كاتيل – إعداد عبد السلام عبد الغفار وعطيه هنا .

٣- اختبار الشخصية BERN VERTEN إعداد محمد عثمان نجاتي.

٤- اختبار قائمة (أيزنك) للشخصية : EYSENCK PERSONALILY INVENTINY إعداد صابر عبد الحميد – فخر الإسلام.

٥- اختبار الشخصية للشباب JESNESS إعداد عطية هنا ومحمد عطيه هنا .

٦- اختبار بقع الحبر (لرورشاخ)– إعداد (هيرمان رورشاخ). (فؤاد أبو حطب، ١٩٩٨).

٧- اختبار (روبرت) لدراسة شخصية الأطفال.

طريقة استرجاع العلامات المعيارية

الدرجة المعيارية :

الدرجة المعيارية هي المسافة التي تبعدها الدرجة الخام عن المتوسط الحسابي معبراً عنها في وحدات من الانحراف المعياري STANTARD DEVEATION OF THE CLISTURUBION والانحراف المعياري هو مقياس من مقاييس التشتت أو التباين ويعبر عن مدى اختلافات الفروق الفردية في درجات المقاييس. (سعيد حسني العزة، ١٩٩٦).

استخراج الدرجة المعيارية:

وتستخرج الدرجة المعيارية بالتعويض في المعادلة التالية :-

الدرجة المعيارية = <u>الدرجة الخام – المتوسط الحسابي الخام للدرجات</u>

الانحراف المعياري للدرجات

والدرجة الخام الأقل من المتوسط الحسابي ستكون إشارتها عند تحويلها إلى درجة معيارية (سالبة) أما الدرجة الخام الأعلى من المتوسط ستكون موجبة الإشارة والدرجة الخام الأعلى من المتوسط ستكون موجبة الإشارة ، والدرجة الخام التي تعادل المتوسط ستكون مساوية لصفر درجة معيارية.

ويجب أن تحسب الدرجة المعيارية إلى كسر عشري من رقم واحد على الأقل لكي تتمكن من التمييز بين الأفراد، حيث غالبا ما تقع درجات التوزيع بين (+ ٣ درجة معيارية، - ٣ درجة معيارية) حسب التوزيع الاعتدالي الذي يغلب في الاختبارات النفسية.

فالدرجات المعيارية تحسب على أساس قيمتي المتوسط والانحراف المعياري بينما معايير العمر والفرقة الدراسية والمئين لا تلتزم بانحراف الفرد عن متوسط جماعته انحرافاً يعبر عنه عدد ما بالانحراف المعياري. أما الدرجة المعيارية فهي تحسب نسبة انحراف الفرد عن المتوسط (س . م) إلى انحراف أفراد الجماعة كلهم عند المتوسط (ع) وهذه النسبة تكون موجبة الإشارة في حالة من المتوسط وسالبة الإشارة في حالة من يقل عنها ، وطبيعي أن يتساوى عدد من يزيدون عن المتوسط مع عدد من يقلون عنه وطبيعي أن تتساوى الانحرافات الموجبة مع الانحرافات السالبة.

وعلى هذا يكون مجموع الدرجات المعيارية لأي توزيع هو صفر (+ ٣-٣) = صفر ، وأهم خاصية في الدرجات المعيارية هي أن وحدة حسابها هي الانحراف المعياري ، وإذا حسبنا الانحراف المعياري للدرجات المعيارية لأفراد المجموعة وجدت متساوية.

وطريقة استرجاع العلامة المعيارية مفيدة لوصف أداء طالب ما من خلال مقارنة علامته بمعدل المجموعة التي ينتهي إليها ، فهي تساعد على مقارنة أداء الفرد مع أداء المجموعة في أكثر من اختبار ، رغم الاختلافات التامة بين العلامات المعيارية من خلال المعادلة التالية :-

ع: العلامة الخام.

ز = ع – و حيث و: الوسط الحسابي

د د : الانحراف المعياري

ويعرف الانحراف المعياري على أنه : الجذر التربيعي لمتوسط مربعات من الانحراف عن المتوسط الحسابي – ويعرب عنه بالمعادلة التالية:

د = √ع٤ – و

د

فأهمية الانحراف المعياري تكمن في أنها تساعد بشكل مباشر على حساب العلاقة المعيارية ، وعند استعمال المقياس المعياري أو العلامة المعيارية لا بد من أن تأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

١- أن العلامات المقارنة بينها ، يجب أن تكون العلامات الخام لنفس مجموعة الطلاب في اختبارات مختلفة أو تكون هذه العلامات لمجموعتين مختلفتين في اختبار واحد.

٢- لا بد أن يكون شكل التوزيع للعلامات المعيارية متشابهة لتوزيع العلامات الخام والهدف من استخدام العلامة المعيارية هو تحويل العلامات الخام إلى علامات تشترك في أنها مدروسة على أساس بعدها عن المتوسط الحسابي ومنسوبة إلى الانحراف المعياري ، وهذا يسهل عملية المقارنة بين العلامات ، وعند تحويل العلامة إلى علامة معيارية فإننا نحصل على مقياس متوسط (صفر) وانحرافه المعياري وحدة واحدة.

رغم الميزة التي تقدمها العلامة المعيارية ، ومن خلال مقارنة أداء الطالب مع مجموعته فإن لها بعض العيوب : أهمها أن العلاقة المعيارية قد تتضمن قيماً وإعداداً سالبة أو كسوراً عشرية ، لذلك يلجأ المعلم إلى استخدام العلامة المعموله أو المعدلة حيث يتم ضرب العلامة بقيمة ثابتة ، ومن ثم يلجأ إلى تقريبها للتخلص من الكسور العشرية ثم إضافتها إلى مقدار ثابت آخر للتخلص من الاشارة السالبة، ويعبر عن العلامة المعيارية كما يلي: ٦ = ز × ١٠ + ٥

وتمكن العلامة المعيارية من جمع علامات عدة امتحانات لمادة واحدة كعلامة امتحان أعمال الفصل ، وامتحان نصف الفصل ، أو علامة الامتحان النهائي تستخدم العلامات المعيارية الخاصة لهذه الامتحانات غير متساوية وبالتالي لا يجوز جمعها بالإضافة إلى اختلاف مستوى الصعوبة للأسئلة من امتحان لآخر.

بالإضافة إلى أنه سوف يكون لكل امتحـان متوسـطه الحسـابي وانحرافـه المعيـاري المستقل وبالتالي يكون الأفضل اللجـوء إلى العلامـات المعياريـة ، وعنـد حسـاب المعـدل لهذه المادة تجمع العلامات المعيارية وتقسم على عددها كما يلي:

الدرجة المعيارية لأعـمال الفصـل + الدرجـة المعياريـة لامتحـان نصـف الفصـل + الدرجة المعيارية لامتحان نصف الفصل + الدرجة المعيارية للامتحان النهائي × ٢

أمثلة على الدرجات المعيارية :

١- جد العلامة المعيارية لعلامة تلميـذ مقـدارها ١٥ ، متوسـط الصـف ١١ والانحـراف المعياري ٥ ز = ع – و = ٥ –٨ = -٣ = -٦ و

د ٥ ٥

ثم جد العلامة المعيارية المعدلة لهذا الطالب

٦ = ز × ١٠ + ٥٠ = - ٦ و . × ١٠ + ٥٠ = ٤٤

٢- حصلت سهام في اختيار التاريخ على (٨٠) وفي اللغة العربية (٧٥) قارن بـين مسـتوى آمنة في المادتين إذا علمت أن متوسط علامـات التـاريخ = ٧٢ والانحـراف المعيـاري = ٨ ومتوسط اللغة العربية = ٦٦ والانحراف المعياري للغة العربية = ٧

ز العربية = ٧٥ – ٦٦ = ٣

٧

ز للتاريخ = ع – و = ٨٠ – ٧٢ = ١

د ٨

مستوى تحصيل سهام في العربية أفضل من تحصيلها في التـاريخ رغـم أن العلامـة الخام للتاريخ أعلى منها في العربية.

تحويل المعايير

يجب أن يقدم كل صاحب اختبار لمن يستخدمونه قائمة معايير tableof norm اختباره موضحاً في دراسته عدد ونوع ومستوى وطريقة اختباره وتركيب العينة المستخدمة والعمليات الإحصائية وشكل التوزيع وذلك حتى يتمكن الأخصائيون في شؤون القياس من مقارنة الدرجات الخام أو المحمولة التي يحصل عليها الأفراد في اختبارات مختلفة في معاييرها وهكذا يمكن تحويل درجة الفرد سواء أكانت خاماً أو معياراً إلى معيار.

ويفضل أن توضع قائمة المعايير للمقابلات المعيارية المختلفة لكل درجة خام حتى أنه بمجرد النظر إلى القائمة يتم بمعرفة ما تساويه الدرجة الخام من معيار الفرقة الدراسية أو العمر أو الدرجة المعيارية أو التائية. (محمد عبدالسلام، ١٩٩٤).

٤

الفصـــل الرابع

محتويات الفصل الرابع

مرحلة المراهقة ومشكلاتها

يعيش العالم اليوم صراعات محتدمة تتنافس من خلاله الشعوب والأمم على المستوى الأحسن في البقاء والأسلوب الأفضل في العيش وضمان استمراره. وقد توصل المعنيون في الأمر إلى أن الطاقة البشرية من حيث نوعها وسلامة إعدادها لا من حيث كثرة أعدادها هي المتغير الأكثر ضمانياً في إحراز نتائج التسابق والمنافسة.

إن الثروات المادية والطبيعية على أهميتها مرهونة استخدامها وتوظيفها إيجابياً في الأيدي البشرية التي تتعامل بها، وفي الحياة الآن أمثلة كثيرة عن شعوب غنية في مواردها الطبيعية ولكنها تعيش حياة لا تحسد عليها بسبب تخلف مستوى طاقاتها البشرية وعلى العكس نجد شعوباً تحتل مكانة عالية بين الأمم حضارياً وسياسياً وكل ما تمتلكه وما تعتمد عليه هو الإعداد الصحيح لأفرادها بحيث جعلت منهم طاقات لا تنضب على طريق العيش الرغيد والتقدم المضطرد.

والأمة العربية والعراق في مقدمتها تمتلك ثروة طبيعية هائلة ولها طموح مستمد من تراثها مرتفع جداً وما عليها إلا أن تقيم التوازن المنشود بين ذلك وبين مستوى طاقاتها البشرية "وإذا كنا نبغي مستقبلاً زاهراً وبناء أمة يحسب حسابها باهتمام في المحافل الدولية، علينا أن نهتم بتنمية ثروتنا البشرية إلى أقصى حد ممكن عن طريق التربية الصالحة والتوجيه السليم وتذليل أي معوق يقف حجر عثرة في طريق نمو أبنائنا".

وعلى الرغم من أن الطاقات البشرية في مختلف الأعمار ذات أهمية أساسية في بناء المجتمع وتكامله وتحقيق طموحاته، إلا أن العناصر الشابة تأخذ أهمية أكبر لأن مداها على خط الحياة أطول ونسبتها لعدد السكان أعلى من الفئات العمرية الأخرى، بالإضافة إلى ما تمتاز به من حيوية عارمة وطاقة فياضة وقدرة على التضحية والعطاء عالية.

"فالشباب عصب الأمة وموضع آمالها، وهو الذي يقود الأمة في مستقبل حياتها... فالتفكير في توجيه الشباب توجيهاً عملياً صالحاً، وإعداده لتحمل أعباء الحياة

الفاضلة ليس بأقل من التفكير في أعظم المشروعات الاقتصادية التي تنقذ الأمة من غائلة الفقر والبؤس، لأن إعداد الشباب القوي الصالح هو مشروع الحياة المستقبلية للأمة". (عمر محمد الثومي، ١٩٧٣).

وكما قال أحد الكتاب الشباب هو القوة فالشمس لا تملأ النهار في أوله كما تملؤه في آخره) وعلى الرغم من ضخامة الأهداف المبنية على المراهقين كطاقة ضخمة وفعالة فإن هناك أخطاراً اجتماعية تصدر عنهم تخريبية وهدامة والأمر بحاليه الإيجابي والسلبي يتوقف على نوع تربيتهم ورعايتهم "فالشباب قادر أن يضع قوته وحيويته ومثاليته وتعشقه للمثل العليا في مواضعها في بناء المجتمع العربي، أو المجتمع الإنساني حيث تفهم مشكلاته وتدرك متاعبه وتعبأ طاقاته تعبئة سليمة".

إن السلطات التربوية في العراق على سبيل المثال نظرت إلى أبعاد الحياة المختلفة في ماضيها وحاضرها ومستقبلها واهتمت بالإنسان العراقي كقيمة عليا واهتمت بإعداده وتعليمه ليتمتع بإنسانيته ويتمتع المجتمع بعطائه فركزت على تعليمه إلى آخر حدود قدرته وهيأت عن طريق مجانية التعليم كل مقومات ذلك إيماناً بأهمية التعليم في حياة الفرد والمجتمع "ويعتبر الشباب المتعلم عماد المجتمع ومركز طاقاته الفعالة المنتجة والقادرة على إحداث التغيير في جميع مجالات الحياة، وهم أساس النجاح في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فمن طريقهم يتم تنفيذ الخطط والبرامج الموضوعة من أجل هذا الغرض".

وعلى الرغم من أهمية التعليم فلابد أن يخرج التعليم من إطاره التقليدي الذي كان بالأمس وما زال في بعض قطاعات الحياة يعني الجانب العقلي والمعرفي، بحيث يكون مفهومه التكاملي في إعداد الفرد واضحاً بحيث لا يطغى جانب من جوانب الشخصية على جانب آخر أو ينمو على حسابه، وهذا العمل بالذات أدى بتضافره مع عوامل أخرى إلى ضرورة قيام الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي في المدارس من أجل أن يساعد الفرد على السلوك الجيد والتكيف السليم وفق حاجاته وفي ضوء قيم المجتمع.

المراهقة طبيعتها وأهمية البحث فيها

المراهقة مرحلة نمائية يمر بها الفرد في طريقه للنضج الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي. وهي تقع عادة بين الطفولة والرشد ولكنها لا تتحدد بمدة زمنية دقيقة وإن كان الغالبية العظمى من الباحثين يحصرونها بين ١٢-٢٠ سنة من العمر وقد تسبق البنت أخاها الولد من حيث بدايتها ونهايتها.

تعد مرحلة المراهقة من أدق وأهم مراحل النمو التي يمر بها الإنسان، وهي أكثر المراحل تعقيداً وأعمقها أثراً في مستقبله. وتتسم مرحلة المراهقة بأنها مرحلة تغيرات وتبدلات فسيولوجية وانفعالية وعقلية واجتماعية شاملة لجميع جوانب شخصية الفرد. إن التغيرات التي يتحملها الفرد في مرحلة المراهقة تتسم عادة بالسرعة لذا فإنها تحتاج إلى أن يقوم الفرد بعمليات وفعاليات تكيف مناسبة لتلك التغيرات من حيث سرعتها وشمولها، إن العلماء من نفسانيين وبايولوجيين واجتماعيين متفقون على أنها فترة مليئة بالصراعات النفسية والأزمات والمشكلات السلوكية. وإن هذه الصراعات والأزمات تزداد تعقيداً واضطراباً في المجتمعات الأكثر تعقيداً في أساليبها الحضارية واعتباراتها الاجتماعية. (حلمي علي، ١٩٧٣).

إن مرحلة المراهقة كما تذكر موسوعة علم النفس والتحليل النفسي تنقسم إلى فترات:

١- فترة ما قبل المراهقة Pre- Adolescence وفيها يتحرر البنت والولد من سيطرة الأم.

٢- فترة المراهقة المبكرة Early- Adolescence ويبدأ فيها النضج الجنسي المستقل.

٣- فترة المراهقة الفعلية Adolescence- Proper وفيها يسمى المراهق لتكوين علاقات مع الجنس الآخر.

٤- فترة المراهقة المتأخرة Later Adolescence ويكتمل فيها تشكل الأنا ويبدأ الفرد في السير على طريق الاستقلال.

الطلبة في المرحلة المتوسطة في العراق يمثلون المراهقة في عمر (١٣-١٦) التي تتميز بعدم تكامل النضج الفسيولوجي الجسماني وعدم الاستقلال الاقتصادي ولذا

فإنهم بحاجة شديدة إلى الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كما أنهم في المرحلة الدراسية التي تعقبها إجراءات الانسيابية[1] لذا فإن النشاط الإرشادي في مجال التوجيه المهني سيؤدي للطلبة أفضل مساعدة وللبلد أجل خدمة.

إن الإرشاد النفسي والتربوي والتوجيه المهني عملية انطلقت بداياتها بالتجربة القائمة الآن وحسب رأي المؤلف المعتمد على خبرات المجتمعات المختلفة وعلى نتائج الدراسات ومفرزات الأحداث، حيث إنها ستنتقل إلى دور التعميم والشمول لمختلف المراحل الدراسية ابتداءً من الابتدائية وانتهاءً بالجامعة. وإن من أساسيات العمل في هذا المجال الدراسات العلمية والبحوث الميدانية للوقوف على خصائص مراحل النمو وعلى المشكلات التي تبرز من خلال ذلك النمو، وبدون ذلك ستكون الجهود عقيمة مهما خطط لها وبذل في سبيلها.

الإطار النظري في تفسير مشكلات المراهقة

من المتفق عليه أن مرحلة المراهقة مرحلة صعبة على المراهق نفسه من جهة وعلى المتعاملين معه من جهة أخرى ولكن لم يحصل هذا الاتفاق حول الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى المشكلات والصعوبات وسبب هذا الاختلاف يعود للخبرات الذاتية أو للاتجاه الفلسفي الذي يؤمن به المؤلف وعلى العموم فهناك اتجاهات بارزة في تفسير حالات الاضطرابات والمشكلات التي تظهر في سلوك الفرد في فترة المراهقة ومن أهمها:

١- **الاتجاه الذي يؤكد على العوامل البايولوجية كأسباب أو منطلقات لأزمات المراهقة ومشكلاتها:**

وعلى الرغم من أن هذه الآراء قد انطلقت منذ القدم وبالذات على لسان (أرسطو) وتناولها الكثيرون من بعده ولكن لم يتبلور الرأي إلا على يد (ستانلي هول)، ويوجز البسام النقاط التي ترتكز عليها هذا الاتجاه عند ستانلي هول بما يأتي:

(١) الانسيابية: هي قنوات تربوية لاستقبال الطلبة (علمي، أدبي، تجاري، صناعي، زراعي)، وهي نظام تربوي اعتمد في الطرق التربوية منذ ٢٠ سنة سابقة وترك العمل به الآن.

أ- حدوث تغيرات خطيرة وسريعة ومفاجئة في مختلف نواحي الشخصية في فترة المراهقة، حتى يمكن أن توصف هذه المرحلة بأنها ولادة جديدة.

ب- تستند تلك التغيرات إلى أسس بايولوجية، تتألف من نضج بعض الغرائز وظهورها بصورة مفاجئة أحياناً أخرى.

ت- يترتب على ما سبق معاناة المراهق لدوافع قوية فعالة، تتجلى في سلوكه في صور من القلق، حتى ليوصف بأنه يمر في فترة عاصفة مضطربة.

ث- تظهر في المراهقة، بصورة مفاجئة أيضاً قوى فكرية جديدة كالخيال والاستدلال.

ج- يترتب على ما سبق أن تكون المراهقة بطبيعة النمو فيها وتتابع مظاهره أمراً تفرضه الطبيعة، ولا يمكن الخلاص منه وهو يظهر في صور متماثلة في جميع الأفراد على السواء.

ومن الذين اهتموا بالأساس البايولوجي للمشكلات في المراهقة هم أصحاب مدرسة التحليل النفسي وعلى رأسهم (فرويد) باعتبار أن نظريتهم تقوم على الغريزة الجنسية وعلى الطاقة التي ترتبط بها أي أن الاضطرابات والمشكلات تتوقف على إفرازات غددية ومنها الغدد الجنسية ومن الذين أكدوا على هذا الاتجاه في أمريكا هو العالم كينس (Kinsey) الذي اهتم بدراسة السلوك الجنسي والشذوذ فيه عند الذكور والإناث.

"الاعتراضات على الاتجاه البايولوجي في مصادر المشكلات في المراهقة" على الرغم من التقيد الشديد من ستانلي هو فرويد وكنس وغيرهم على أهمية العوامل البايولوجية في اضطرابات المراهق وأزماته إلا أن هناك من يقف موقف المهاجم والمفند لهذه الآراء ومن أهم هذه الآراء:

١- لو كان اضطراب السلوك في فترة المراهقة مصدره الجانب البايولوجي، لكان هذا الاضطراب عاماً يمر به كل الأفراد من ذكور وإناث.

٢- لقد أكدت دراسات متنوعة على أن الحياة الاجتماعية والاقتصادية وأساليب المعاملة التي يتعرض لها المراهق تلعب دوراً كبيراً في نوع مشكلاته وحجمها وعمقها.

٣- أن الأقوام البدائية رغم اشتراكها مع الأقوام المتحضرة في التركيب البايولوجي إلا أنها لا تعاني من مشكلات المراهقة كما تعاني منها الأقوام المتحضرة.

٤- لو كان ما ذهب إليه (ستانلي هول) من أن التوترات الانفعالية في أساسها وأسبابها بايولوجية، شكل دقيق لكانت تلك التوترات عامة عند كل الأفراد وفي مختلف المجتمعات المتباينة في حضاراتها.

٢- الاتجاه الذي يؤكد على أن مشكلات المراهقة وأزماتها ناتجة من الأوضاع والاعتبارات القائمة في الحياة الاجتماعية:

وهذا الاتجاه يؤكد على أن طبيعة الفرد وشخصيته وأزماته ومشكلاته متأتية من انعكاسات القيم الاجتماعية مفاهيمها وأساليب الحياة وأنماطها في البيت أو في المدرسة أو في المجتمع العام، وإن الاختلافات القائمة بين الأفراد في المجتمع الواحد أو في المجتمعات المختلفة تعود إلى متغيرات حضارية وثقافية. وهذا الاتجاه يختلف عن الاتجاه البايولوجي في تفسير طبيعة المراهقة وما تجري خلالها من صراعات وما تظهر فيها من صعوبات ومشكلات حيث تعزوها في الأساس إلى عوامل البيئة الاجتماعية وما يقيمه المجتمع خاصة المجتمع المتحضر- أمام أفراد الجيل الجديد من عقبات وعوامل متعددة تؤدي إلى الإحباط وخيبات الأمل.

ومن أهم ما استند إليه هذا الاتجاه هو الدراسات التي أجراها بعض علماء الأنتروبولوجيا في أطر ثقافية متباينة. ومن أبرز هذه الدراسات، الدراسات التي قامت بها (مركريت ميد Mead) والتي تناولت فيها دراسة أنماط الحياة الاجتماعية في بعض القبائل البدائية. لقد لاحظت هذه الباحثة أن الشباب في هذه المجتمعات لم يواجهوا أزمات أو توترات شديدة كما يواجهها أقرانهم في المجتمعات المتحضرة خلال نموهم وانتقالهم من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، اللهم إلا في بعض الحالات النادرة، وبالعكس فقد لاحظت عليهم نمواً اعتيادياً لمجموعة من الاهتمامات والأنشطة المؤدية إلى النضج بصورة تدريجية[1].

(1) Mead, M.: Coming of age in sema. England: Penguin Books, 1966, p. 129.

وقد لاحظت أن الفرد في عمر المراهقة في هذه المجتمعات البدائية ينتقل إلى مرحلة الرشد بدون صعوبة أو تعقيد حيث تتاح له فرص ممارسة مسؤولياته كراشد حال بلوغه أو نضج قدراته الأساسية كما تتاح له فرص إشباع حاجاته الجنسية بصورة طبيعية وذلك عن طريق الزواج المبكر، وهذه الصيغ تختلف عن الصيغ الجارية في المجتمعات المتحضرة، حيث يضطر الفرد فيها إلى تأجيل زواجه رغم نضجه الجنسي، وذلك لما فرضت عليه من تعقيدات واعتبارات قد لا يستطيع تجاوزها مدى حياته، أو مدى عمره المناسب للزواج.

كما أن الفرد في المجتمعات المتحضرة يواجه مشكلات أخرى اقتصادية واجتماعية تتطلب منه بذل الجهود المضنية لفترة طويلة من حياته، ومن هذا المنطق جاءت وجهة النظر الاجتماعية في تفسير المراهقة وتحديد طبيعتها ودراسة أزماتها وصراعاتها المختلفة.

كما يذهب علماء النفس السوفييت مذهباً اجتماعياً في النظرة إلى المراهقة "ويعتبرونها مرحلة تراجع اجتماعي وأيديولوجي يتم خلالها استيعاب المفاهيم والقيم الاجتماعية، فهي إذن مرحلة تنمو فيها الدينامية والنشاط والصراع من أجل أهداف اجتماعية وإذا انعدم هذا الصراع وتلك الاهتمامات الاجتماعية، دخل المراهق إلى عالم الفراغ والضياع، لأن الاهتمامات الفردية حسب وجهة نظر العلماء السوفيات وأمثالهم لا تؤدي إلى الإشباع والامتلاء. وينظر هؤلاء العلماء إلى أن لأزمات المراهقة التي تكلم عنها علماء النفس الغربيون هي من صفات الطبقات البورجوازية والرأسمالية".

٣- **الاتجاه السيكولوجي: وهو الاتجاه الذي يوفق بين وجهة النظر الاجتماعية والبايولوجية**

وأصحابه يرفضون أن يكون الفرد الإنسان كائناً طبيعياً من جهة واجتماعياً من جهة أخرى، ويذهبون إلى أن السلوك البشري يصدر عن الإنسان وهو متكامل في جسمه وعقله ومتفاعل باستمرار مع بيئته بما يملك من مقوماته الموروثة:

إن خير من وضح هذا الاتجاه هو العالم النفساني لفين (Levin) من خلال عرضه لنظريته المعروفة (بنظرية المجال) فقد أكد أن مرحلة المراهقة مرحلة انتقال

وتغير سريع بالقياس إلى غيرها من مراحل العمر الأخرى وأن للانتقال الحاصل أوجه عديدة من أهمها[1]:

١- أن الفرد في هذه الفترة يتغير من حيث انتماؤه للجماعة فبعد أن كان طفلاً كما يشعر وكما يعامله الآخرون من الكبار أصبح كبيراً وراشداً ويرغب في التخلص من كل الأمور التي تشده إلى الطفولة، ولا شك أن هذا التحول لابد أن تبدو آثاره على سلوك صاحبه.

٢- أن الفرد في انتقاله من الطفولة إلى الرشد يواجه مستقبلاً غامضاً لا يملك عنه ما يوضحه وهو في الحالة هذه أشبه بمن يدخل مدينة لم يشاهدها من قبل وقد يؤدى هذا الغموض في أغلب الأحيان إلى صراعات نفسية متنوعة قد ينتج عنها اضطراب في سلوكه وتصرفاته.

٣- وبسبب النضج الجنسي الذي يتم في هذه المرحلة ومصاحباته الأخرى تصبح نظرة الفرد إلى جسمه كنظرته إلى منطقة مجهولة. بعد أن كان هذا الجسم معروفاً من قبله معرفة جيدة. ومعروف لديه نوع الاستجابة له في الظروف المناسبة، وقد يؤدى هذا الشعور إلى عدم الثقة بالنفس وما ينتج عنها من تردد وصراع وعدوان.

٤- أن ما يظهر على سلوك المراهقين من تطرف كما يتجلى في اندفاعهم سياسياً إلى أقصى اليسار أو إلى أقصى اليمين أو في أحكامهم العامة يفسر على الأغلب بسبب انتقالهم من مجتمع الأطفال الذي اعتاده إلى مجتمع الراشدين الذي لم يختبره بعد، الأمر الذي يؤدي به ذلك أيضاً إلى الاندفاع المتطرف المذكور.

٥- أن انتقال المراهق إلى مجالات أوسع من ذي قبل تثير عنده رغبة في الاطلاع تتجلى في ميله إلى السفر والأنشطة الجديدة، كما تظهر عنده حاجة إلى معرفة واجباته في الحياة واختيار المهنة المناسبة والمركز الاجتماعي اللائق، ولا يحدث ذلك في إطار زمني محدد بالأيام أو الأسابيع فقط وإنما يمتد ذلك إلى السنين، وقد تواجه هذه الأهداف حالات غموض تغلفها وتضع أمام أصحابها صعوبات كبيرة

(1) Seidman, Jerome M. Editor: The Adolescent- A book of reading (Lewin, K.: the field theory Approach to Adolescence). New York the dryden press, Ino. 1953, pp. 61-66.

عند تحديهم لأهدافهم وتمييزهم بين ما هو خيالي وواقعي من تلك الأهداف. خاصة وأنهم يلمسون تناقضاً حاداً يقع فيه الكبار وباستمرار في المجالات الدينية والسياسية والمهنية الأمر الذي يخلق فيهم حالات شديدة من التوترات والصعوبات التي تزداد شدة كلما زاد عجزهم عن التمييز الدقيق لطبيعتها.

٦- طبيعة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة فقد يكون ذلك بصورة مفاجئة نوعاً ما أو بصورة متدرجة كما هو الحال في المجتمعات البدائية والمجتمعات التي يعيش الطفل فيها ملازماً للكبار، وفي هذه الظروف لا تتجلى الأزمات كما تتجلى في المجتمعات المتحضرة حيث يكون فيها عالمان عالم للصغار وعالم للكبار، والمراهق يقف موقفاً يكون فيه رافضاً لأن يكون في عداد الصغار وفي نفس الوقت غير متأكد من قبوله من قبل الراشدين الكبار. وذلك بسبب ما يضعه الراشدون من عقبات أمام انتقاله لهم والدخول في عالمهم. وقد يؤدى موقفه هذا إلى أن يعيش حالات من عدم الاستقرار والتذبذب بين شدة الخجل والانطواء وبين الثورة والعدوان.

ويذهب البسام في تحديد طبيعة المراهقة من وجهة النظر النفسية إلى القول "المراهقة مرحلة من مراحل التطور في الشخصية، تصدق عليها مبادئ التطور الجسمي والعقلي، وتكشف في العادة عن خصائص عامة في السلوك، تأتي بحكم تفاعل العوامل الطبيعية (البايولوجية) والعوامل الاجتماعية الآتية من البيئة في شخصية المراهق، وترمي إلى تكيفه لتلك العوامل، وقيامه بالمهمات التي تتطلبها تلك المرحلة من التطور، وبالتالي إلى بلوغه مرحلة الرشد واستمراره في التطور والتكيف"(البسام، ١٩٩٢، ١٧).

٤- ومن الاتجاهات التي ظهرت في تفسير حدوث المشكلات والأزمات في مرحلة المراهقة الاتجاه الذي أكد عليه (انكلش وبيرسون) حيث فسرا مشكلات المراهقة معتمدين على أثر الأهداف والمطالب التي يسعى المراهق نحو تحقيقها في هذه المرحلة:

وقد حددا تلك الأهداف والمطالب بما يأتي:

١- أن يقرر اتخاذ مهنة لنفسه وأن يعد العدة لها.

٢- أن يهيأ للاستقلال عن الأبوين والأسرة.

٣- أن يقيم علاقة ناجحة مع الجنس الآخر، وأن يبدأ- على الأقل- في وضع حل مناسبة لمشكلة حياته العاطفية.

٤- أن يحقق التكامل في شخصيته حتى يتحمل مسؤوليات النضج.

ومن وجهة نظر الباحثين المذكورين (انكلش وبيرسون) أن تحقيق ذلك من قبل المراهق يتوقف على ناحيتين هما:

١- تطور شخصيته تطوراً صحيحاً، وتكيفه تكيفاً سليماً في مرحلة طفولته.

٢- مدى فهم الراشدين المحيطين به لطبيعة النمو في المراهقة ومدى علمهم للأهداف التي يسعها إلى تحقيقها.

شخصية المراهق والتفاعل بين جوانب نموها

المراهق فرد ينمو في كل جوانب شخصيته الجسمية والجنسية والعقلية واللغوية والانفعالية والاجتماعية والخلقية. وإن هذا النمو يختلف عنه في المرحلة الابتدائية (في الطفولة) من حيث سرعته ومن حيث أهدافه ومظاهره، وهذا النمو بالرغم من مميزاته في كل جانب من الجوانب المذكورة إلا أنه يسير تهيأة متداخلة الجوانب مكوناً كلاً متكاملاً لا يمكن فصله والوقوف بدقة على كل خطواته وأن كل ذلك قائماً في الكتب فما هو إلا لغرض البحث والتبويب والتقريب.

وسيعرض المؤلف بعض العلاقات الإيجابية والسلبية بين الجانب الانفعالي وجوانب الشخصية الأخرى لأن الجانب الانفعالي له خصوصيته في طبيعة المشكلات التربوية في حياة المراهق.

العلاقة بين الجانب الانفعالي والجانب العقلي

الانفعال يؤثر في الجانب العقلي للفرد في اتجاهين الأول إيجابي والثاني سلبي.

الاتجاه الإيجابي

من المعروف أن الانفعال المعتدل ينشط العمليات العقلية جميعاً، فإنه يزيد الخيال خصوبة، والتفكير نشاطاً حيث نلمس تدفق المعاني والأفكار في سرعة وسلاسة. كما أن الانفعالات تزيد الطاقة الحركية والقدرة على مواصلة العمل. إن هذه الحقيقة مدركة حتى

من بسطاء الناس حيث نشاهد في بعض المواقف عندما تتنازل طاقات الفرد في الوظائف العقلية يعد الآخرون إلى شحذ الهمم وزيادة الطاقة عن طريق خلق مواقف انفعالية جديدة ليست على ما كانت عليه من الهدوء وليست في حالة عنف شديد.

الاتجاه السلبي

إن الانفعالات الشديدة تنعكس آثارها الضارة على كل وظيفة من وظائف العقل. ففيما يتعلق بوظيفة الإدراك فإن الانفعال يشوّه نتائجها فالغضبان عادة لا يرى ولا يسمع الحقيقة كما هي ولا يفسر المواقف بصيغ الواقع إنما يرى في الشخص الذي سبب له الغضب مجموعة عيوب ونواقص وانحرافات والخائف الفارّ من وجه العدالة يحسب أن جميع من يرفع يده إنما يشير إليه.

أما ما يتعلق بوظيفة التفكير المنظم والقدرة على حل المشكلات، فإن الانفعال هو العدو اللدود للتفكير الهادئ المنظم، لأن المنفعل على الأغلب يتركز فكره ويتجمد في فكرة واحدة فقط هي موضوع انفعاله. كما أن الانفعال يعمي المنفعل عن التماس ورؤية الكثير من الحقائق ولا يتيح له الهدوء والتأمل باعتبارهما الدعامتين الأساسيتين للتفكير السليم. وكلنا يعلم أن المنفعل غالباً ما يندم على ما اتخذه من قرارات أو ما أصدره من أحكام أثناء انفعاله.

أما ما يخص وظيفة التذكر، فإن الانفعال يضعفها، وأكبر دليل على ذلك ما يصيب الطلبة من نسيان لكثير من الحقائق البسيطة وسبب هذا النسيان هو رهبة الامتحان وخوفهم من نتائجه.

أما ما يتعلق بإرادة الفرد فإن الانفعال يشل إرادة المنفعل أو يضعفها إلى درجة يجعل الفرد يندفع إلى أنواع من السلوك الصبياني أو البدائي غير المهذب فقد يعمد بعض المعروفين بالرزانة والهدوء عندما يواجه موقفاً انفعالياً إلى الصياح أو المكابرة.

كما أن الانفعال يحمل بعض الأفراد إلى النكوص الذي يتجلى بلغتهم التي يعودون بها إلى الألفاظ التي كانوا يستعملوها في طفولتهم. وفي حالة الغضب يتكلم بعض الأفراد بلهجة مبتذلة لا يمارسونها في الحياة العادية. كما أن الانفعال يحمل الفرد المنفعل

على أن يكون ساذجاً سريع التصديق شديد القابلية للإيحاء، فاندماج الفرد في حشد منفعل يسارع به إلى أخذ كل ما يطلق من أقوال وإشاعات.

التطبيق التربوي والاجتماعي للخصائص التي يمر بها المراهق

إن المعلمين والآباء بصورة خاصة يعنيهم هذا الموضوع ويدخل في صميم فعالياتهم وعليه لابد من أن يبعدوا جميع فعالياتهم وأنشطتهم التربوية عن الأطفال في حالة وقوعهم بمواقف انفعالية؛ لأن جميع النشاط الذي يبدونه سيذهب سدى دون أن يحقق أي خطوة على طريق أهدافهم. وربما يكون العكس فإن الطالب المنفعل قد يسلك سلوكاً منافياً لما يرغب فيه المعلم وقد يتعقد الموقف من جانب العلاقات القائمة بينهما، والصحيح هو أن لا يعمد المعلم إلى إثارة الطالب وتخويفه أو حمله على الحقد والغضب كما عليه إن حصل ذلك أن يتريث في تقديم المعلومات له إلى أن تزول ثورة الانفعال وعندئذ يستطيع المعلم التعامل مع تلميذه كما يريد.

النمو العقلي وأثره في انفعالات الفرد

العلاقة بين الجانب العقلي والجانب الانفعالي لا تقتصر على أثر الانفعال في الوظائف العقلية فقط إنما تتعداها إلى أثر مستوى النمو العقلي في انفعالات الفرد حيث نلاحظ أن الفرد الذي يكون ذا حظ متواضع من الذكاء تكون انفعالاته غير طبيعية لأنه لا يدرك المواقف في الحياة إدراكاً سليماً فقد يخاف من موقف لا يخيف، وربما لا يأبه بأخطر الأمور. والمعروف أن ضعاف العقول يعانون دائماً جموداً انفعالياً وعلى ما تقدم فيستحسن أن تعرض لهؤلاء مواقف تعليمية مناسبة لإدراكهم ومستوى ذكائهم، وأن نبتعد بهم عن المواقف الاجتماعية المعقدة في بادئ حياتهم التدريبية.

العلاقة بين الجانب الجسمي والانفعالي

في بداية موضوع الانفعالات قلنا إن الانفعال حالة جسمية نفسية ثائرة تصاحبها اضطرابات فسيولوجية حشوية. فإن حدث أن أعيقت هذه الطاقة الحشوية عن الانطلاق والتعبير الخارجي زاد تراكمها واشتد ضغطها فتضخمت الاضطرابات والتوترات الحشوية وقد يؤدي استمرار الحالة إلى إزمانها وبالتالي إلى حدوث أمراض جسمية خطيرة. مثل قرحة المعدة وقرحة الإثنى عشر وضغط الدم الخبيث والتهاب المفاصل

والصـداع النصـفي والربـو وغيرهـا مـن الأمـراض التـي يطلـق عليهـا عـادة (الأمـراض السيكوسوماتية) أي الأمراض النفسية الجسمية وهـي أمـراض في العـادة تكـون نفسـية المصدر جسمية المظهر.

إن هذه الأمراض عادة تنتشر في ظل الحضارات المعقدة التي يشيع فيها الصراع والتنافس بين الناس والظروف الاقتصادية غير المستقرة ولذلك يطلق عليها أحياناً الأمراض الحضارية. وما يؤيد هذا الاتجاه أنها قليلة الظهور في الشعوب البدائية، فقد أجريت دراسة من أجل ذلك على سكان الأسكيمو فظهر أن نسبة انتشار هذه الأمراض بين من يأخذون بأساليب الحضارة الحديثة إلى السكان الأصليين كنسبة ١/٥. كما لوحظ أن هذه الأمراض تأخذ بالانتشار عند الشعوب التي بدأت تأخذ بأساليب الحضارة الحديثة كما هو الحال في الهند وغرب أفريقيا.

أما أثر الجانب الجسـمي عـلى انفعـالات الفـرد، فإنـه مـن الملاحـظ أن عيـوب الجسم وأمراضه تزيد من اضطراب الفرد انفعاليـاً. فـالفرد الـذي يعـاني مـن ألم: أسـنانه لاشك أنه يكون قلقاً انفعالياً. كما أن العيوب الجسمية التي يشعر بها الفرد قـادرة عـلى أن تجعله خجولاً متهيباً من الآخرين.

وعلى الآباء والمعلمين ملاحظة ذلك والانتباه إلى أن بعض انفعالات الطالب تعود إلى أسباب مرضية وجسمية ومن الواجب إزالة أسبابها الحقيقية وعدم الاكتفاء بالزجر والأمر أو النصح والإرشاد.

العلاقة بين الجانب الانفعالي والنمو الاجتماعي

لاشك أن قبول الفرد أو رفضه اجتماعياً يتوقف على خصائصه وتصرفاته فإن كانت تلك الخصائص حسنة مريحة للآخرين فعالة في حياتهم فأنهم يستحسنوها ويحترمون القائم بها وبالعكس فإنهم يرفضون أي شخص تسبب لهم خصائصه الضيق والأذى. وعلى ذلك فإن الفرد الذي يكون مضطرباً انفعالياً لا ينال صداقة الآخرين وقبوله منهم لأنهم قد يجابهون بحالة انفعالية متهيجة لم يتوقعوها. وربما يقدمون له ما يجعلهم يتوقعون منه الفرح وإذا به يقابلهم بالتهجم. أما الشخص المستقر انفعالياً فإنه يكسب الأصدقاء ويحافظ على صداقتهم وبالتالي يتحقق له المناخ المناسب للنمو الاجتماعي.

إن الشخص الذي يعيش بين قوم لا يحترمونه لأي سبب من الأسباب الاجتماعية فإن هذا الموقف يؤدي بلا شك إلى توتره النفسي وإلى اضطرابه الانفعالي وإلى السير قدماً نحو حياة انفعالية معقدة قد تؤدي بشخصيته من مختلف جوانبها، فعلى المربين من معلمين وآباء أن يعملوا جهدهم لملافات أي خلل في حياة الطفل الاجتماعية من أجل نموه نمواً سليماً من مختلف جوانب شخصيته بما فيها الجانب الاجتماعي.

نمو الجانب الانفعالي في شخصية المراهق

من الملاحظ أن الجانب الانفعالي عند المراهقين متميز بشكل واضح في خصائصه وآثاره على السلوك، وقبل الولوج في طبيعة الانفعال في هذه المرحلة وأسبابه نقف وقفة سريعة لنحدد معناه وتعريفه.

١- **تعريف الانفعال:**

يعرف الانفعال بأنه حالة نفسية جسمية ثائرة لها ثلاث سمات هي:

- أنها حالة قوية عنيفة مصحوبة باضطرابات فسيولوجية حشوية تتناول جهاز التنفس والدورة الدموية، والجهاز الهضمي والجهاز الغدي بمختلف أنواع إفرازاته.
- أنها حالة تغشي الفرد بصورة مفاجئة.
- من حيث مدة بقائها هي حالة وقتية لا تستمر طويلاً.

٢- **لماذا ينفعل الفرد؟**

رغم النظريات المتعددة في تفسير السلوك الانفعالي وتعليل أسبابه وعوامله، فإنها لا تتعدى أن الفرد ينفعل من المواقف التالية:

أ- يثار أحد دوافعه- سواء أكان الدافع فطرياً أو مكتسباً.

ب- عندما يعاق إشباع أحد دوافعه الأساسية.

ج- ينفعل الفرد عندما تشبع إحدى حاجاته ورغباته إشباعاً مفاجئاً غير متوقع وعلى الرغم من أن هذا النوع من الانفعال يكون إيجابياً إلا أنه يؤدي إلى الكثير من الاضطرابات في بعض جوانب الشخصية.

٣- **الفرق بين الانفعال والعاطفة:**

الانفعال: كما سبق تعريفه حالة نفسية جسمية ثائرة ومؤقتة، أما العاطفة فهي تراكم انفعالي أو تنظيم وجداني ثابت نسبياً، حول فرد أو فكرة أو شيء معين.

٤- **الفرق بين الانفعال والمزاج:**

الحالة المزاجية حالة انفعالية معتدلة، تلازم الفرد فترة من الزمن أو تعاوده باستمرار وقد تصطبغ بالآلام أو بالسرور فالمسرور تجذبه وتراوده الأفكار السارة، والمتألم عادة يميل إلى الأفكار المظلمة، وعلى العموم، فإن الحالة المزاجية من حيث مدتها أطول بقاء من الانفعال. ومن حيث درجتها فإنها أقل حدة منه فالفرد حين يسمع خبراً أو يشاهد موقفاً مؤلماً فإنه يتألم. فإذا ذهب الألم بمدة قصيرة فإنه انفعال وإن استمر طيلة يوم أو أكثر فإنه مزاج.

٥- **التغيرات الفسيولوجية التي تصاحب الانفعال:**

لقد توصل العالم الأمريكي "كانن" إلى أن الأدرينالين يزداد إفرازه في حالات الانفعال الشديد وأن لهذا الهرمون وظيفة مهمة للفرد، إذ يساعد على الهرب والقتال وذلك لأن زيادة الأدرينالين في الجسم تؤدي إلى:

١- زيادة سرعة دقات القلب التي تساعد على سرعة إيصال الدم إلى جميع أعضاء الجسم لكي يساعدها في أداء أعمالها.

٢- وقف نشاط حركة المعدة والأمعاء من أجل أن تتجه الطاقة الجسمية إلى مواجهة الموقف.

٣- ارتفاع ضغط الدم، وذلك لأن الدم يبدأ بالخروج من القلب بغزارة في حين أن الشعيرات الدموية والشرايين لا تستطيع استيعابه ولا تسمح بمروره بسهولة.

٤- انقباض الأوعية الدموية الواقعة في الجلد، الأمر الذي يجعل الدم يتحول إلى العضلات بدلاً من الجلد، لأن الموقف الانفعالي قد يحتاج إلى الحركة في القتال أو في الهرب.

٥- توسع الرئة والقصبات الهوائية، وذلك من أجل تسهيل عملية التنفس.

٦- من أجل تلافي حالات التعب فإن السكر المخزون في الكبد ينطلق في الدم.

٧- زيادة تخثر الدم مما يقي الفرد من أخطار النزيف الموصل، إن أصيب بجراح.

خصائص انفعالات المراهق وعواطفه

إن انفعالات المراهق تختلف كثيراً عن انفعالات الطفل وانفعالات الراشد وتتجلى هذه الاختلافات في النواحي الآتية:

١- تمتاز الفترة الأولى من مرحلة المراهقة بانفعالاتها العنيفة حيث يثور المراهق في هذه السن لأتفه الأسباب. وبذهب بعض الباحثين إلى تحليل ذلك بالاضطراب الحاصل عن النمو الجسمي السريع والتغيرات المفاجئة فيه.

٢- المراهق على الأغلب لا يستطيع التحكم في المظاهر الخارجية لحالته الانفعالية فربما تصل به الحال إلى أن يصرخ عند الغضب ويرفس ويعض ويقوم كذلك بسلوك يماثل ذلك أو يقاربه في حالة الفرح.

٣- يتعرض بعض المراهقين إلى حالات من اليأس والحزن والآلام النفسية بسبب تقاليد المجتمع التي تتعارض مع رغباتهم. حتى أن بعض الإحباطات المتلاحقة الحادة تدفع بعضهم إلى الانتحار أحياناً.

٤- تتميز هذه المرحلة بتكوين بعض العواطف الشخصية كالاعتداد بالنفس والاهتمام بالمظهر الخارجي.

٥- في بداية هذه المرحلة لا تتكون عند المراهق عواطف جمعية عامة فقد نلاحظ أن الطفل في المدرسة الابتدائية يلتزم بالولاء للمدرسة والأسرة أو الجماعة التي ينتمي إليها في حين نرى المراهق لا يلتزم بذلك بل قد يثور عليها، ولكن من الملاحظ ان المراهق في نهاية هذه المرحلة يبدأ بتكوين عواطف نحو الأشياء الجميلة كالعاطفة نحو حب الطبيعة بالإضافة إلى العواطف المجردة التي تتعلق بموضوعات معنوية كالتضحية والبطولة والإنصاف.

عواطف وانفعالات المراهقين

١- تركيب الجهاز الغددي وإفرازاته: يختلف نشاط بعض الغدد الصم في المراهقة عنه في الطفولة فالغدد الجنسية تنشط في مرحلة المراهقة بعد أن كانت في حالة سبات طيلة فترة الطفولة كما يلاحظ ظهور الغدة الصنوبرية والغدة التيموسية بعد

نشاطهما في فترة الطفولة، وقد دلت البحوث على وجود آثار نفسية انفعالية تظهر على سلوك المراهق بسبب ذلك.

٢- نمو القدرات العقلية والتغير في وظائفها: في هذه الفترة تحصل عملية نمو في بعض الجوانب العقلية مع تباطؤ في نمو جوانب أخرى منها فقد تهبط سرعة نمو الذكاء في حين تزداد سرعة نمو عمليات عقلية أخرى ونتيجة لذلك تتأثر انفعالات الفرد في ظهورها وفي مسالكها وموضوعاتها.

٣- التقارب بين الجنسين: يتقارب الفتيان مع الفتيات في مرحلة المراهقة في حين كانوا يتباعدون في الطفولة، وإن عملية التقارب هذه رغم قوة الدافع لها إلا أنها عملية شاقة فيلاحظ على المراهقين بعض الحرج والارتباك عند التقارب وقد ينتقد نفسه أشد النقد ويعاني حالات انفعالية شديدة بسبب عدم رضائه عن حالته، ومن الطبيعي أن هذا الحرج يزول تدريجياً بتقدم العمر وزيادة الممارسة والخبرة.

٤- العلاقات العائلية: إن العلاقات من أهم العوامل التي تنعكس آثارها على المراهق وانفعالاته مثل الخصومات والمشاحنات بين الآباء والأمهات، والأسلوب التسلطي الذي تستخدمه بعض العوائل والنظرة العائلية- خاصة الكبار- التي توجه للمراهق وكأنه لا يزال طفلاً، تعطي هذه المواقف آثاراً سيئة على نمو الفرد نمواً انفعالياً. في حين تكون العلاقات العائلية السليمة والأساليب السلوكية الصحيحة مساعدة على النضج الانفعالي والاتزان الوجداني والاطمئنان النفسي.

٥- قيم المجتمع ومعاييره: تتأثر انفعالات المراهق بما يحيط به من تقاليد اجتماعية فهو لا ينسى نظرة الآخرين وأحكامهم وقد يؤدي به هذا الحذر إلى حالة من القلق والانفعال.

٦- المعتقدات الدينية: المعروف أن الطفل يتقبل المعتقدات الدينية ويلتزم بها دون نقاش أو استيعاب وعندما ينتقل إلى مرحلة المراهقة تقل درجة التزامه ويبدأ مرحلة النقاش لهذه المعتقدات وبالتالي قد تحصل حالات من الصراع يعانيها المراهق بهذا السبب.

خصائص الشخص الناضج انفعالياً

حينما ينمو الفرد ويتقدم عمره يكون نموه في جميع جوانب شخصيته ومنها الجانب الانفعالي الذي يتميز عند النضج بالخصائص الآتية:

١- يكون الفرد متحرراً من الميول والاتجاهات الطفيلية كالأنانية والإتكالية وعدم تحمل المسؤولية.

٢- تثيره مثيرات تافهة، فمن المعروف أن مضطربي الشخصية تثير في نفوسهم الأمور التافهة انفعالات عنيفة مثل النقد الطفيف والملاحظة العابرة والنكتة العارضة.

٣- التعبير عن الانفعالات بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية والحركات الطفيلية فمن المعروف أن الشخص الذي ينضج تتسم انفعالاته بالقسر فلا يستطيع إبعادها بإرادته.

٤- القدرة على احتمال الأزمات والحرمان وعلى تأجيل اللذات العاجلة من أجل الحصول على لذات آجلة. أي له القدرة على جعل الأهداف البعيدة في المحل الأول والأهداف القريبة في الموقف الثاني.

٥- يتصف بالرصانة الانفعالية. أي أن حالته الانفعالية تكون مستقرة غير متذبذبة ولا تتقلب لأسباب تافهة بين حالة ونقيضتها أي لا ينتقل من حالة الفرح الشديد إلى حالة الكآبة العميقة.

النمو الاجتماعي للمراهق

السلوك الاجتماعي للفرد عملية تطورية مستمرة. تبدأ بذورها في مرحلة الطفولة المبكرة. وعلى وجه التحديد تبدأ في السنة الأولى. حين يحتاج الطفل إلى علاقات اجتماعية مع أمه أو مع بديلها. إن هذه العلاقة تبدأ بالاتساع تناسقاً مع اتساع البيئة التي يعيش في أثنائها ويتعامل مع عواملها. وأن الانتماء إلى أي جماعة من جماعات البيت، المدرسة، النادي، مركز الشباب. يترك آثاراً مهمة في التركيب النفسي للفرد. ذلك لأن الفرد يقيم الحكم على نفسه وعلى الآخرين من خلال نتائج التعامل الاجتماعي. فإذا كان

أثناء ذلك محبوباً ومحترماً شعر بالسعادة والاطمئنان وبالعكس فإنه يشعر بالخوف والقلق والتعاسة في حالة رفضه من قبل الجماعة أو تقليلهم لشأنه.

كما أن انتقال الطفل من بيئة إلى أخرى يضطره أحياناً إلى تعديل أنماط سلوكه السابقة بما يلائم سلوك الجماعة الجديدة وهذه الخاصية يطلق عليها أحياناً "القدرة على التكيف" وهي من القدرات المهمة في حياة الفرد فقد يذهب البعض إلى اعتبارها من مؤشرات ذكاء الفرد، ويذهب البعض الآخر إلى جعلها أساس نجاح الفرد في الحياة.

في بداية مرحلة المراهقة يبدأ الطفل يشعر بحاجته إلى الانتماء إلى الجماعة وتزداد هذه الحاجة إلحاحاً عندما لا يتوفر المناخ الملائم داخل البيت لإشباعها. والمراهق حينما يتخلص أو يحاول من ضغط العائلة ينشد جماعة أخرى توافقه على مطالبه دون اعتراض ومن هذا الطريق يؤكد ذاته إلى حد كبير، غير أن ذلك غير ممكن على الدوام هنا يبدأ الصراع بين المراهق ومجتمعه، ذلك الصراع إذا تجاوز بعض حدوده يؤدي إلى حالات انفعالية شديدة عند المراهق، كما يؤدي إلى الحساسية الشديدة والشك الواسع في انفعال وأقوال من يحيط به.

وعلى الرغم من انتقال الفرد من الطفولة إلى المراهقة إلا أن هذا الانتقال لا يعني الابتعاد كثيراً عن آثار الخبرات الأولى في الطفولة وما تلعبه من دور في سلوكم الفرد في المراحل اللاحقة. وبمعنى آخر إن مدى نجاح المراهق في التوافق التكيفي للمواقف الاجتماعية، في فترة المراهقة يكون إلى حد كبير قد ألمّ بالخبرات الاجتماعية الأولى والاتجاهات التي تمخضت عنها. إلا أن ذلك لا يعني قطعاً أن الشخص الذي كان خالياً من المشاكل الاجتماعية في طفولته سيكون كذلك خالياً منها في مراهقته، فالواقع يقول بأن المراهقة عنيدة بمشكلاتها، إلا أنها من حيث الحدة والشدة تنتقص وتزيد وفقاً لماضي الفرد في طفولته.

خصائص السلوك الاجتماعي للمراهقة

١- تأكيد الذات: إن الطفل عندما ينتقل إلى مرحلة المراهقة يشعر بحاجة ملحة لأن يكون في مركز اهتمام الآخرين على الأخص الرفاق منهم، ومن أجل ذلك يسعى دائماً للقيام بأعمال تلفت نظر الآخرين، عن طريق الملابس وطريقة الكلام

ومطارحة الآخرين الرأي والنقاش الحاد حتى في الأمور الواقعة في أعلى مستوى من مستوياته العقلية وخبراته العملية.

٢- من خصائص سلوك المراهق مسايرة أعضاء المجموعة التي ينتمي إليها خاصة في بداية المرحلة ثم ينتقل من هذه الخاصية تدريجياً، وقد تعلل هذه الخاصية بأن المراهق يعتمد على ذلك تجنباً لما يمكن أن يقوم من مشاجرات ومنازعات بينه وبينهم ومن أجل أن يكسبهم إلى جانبه بالنزاع الأكبر القائم بينه وبين أنواع السلطة العائلية والمدرسة ومن أجل تخفيف شعوره بالذنب الحاصل بسبب موقفه من الأبوين في هذه المرحلة بالذات.

٣- من خصائص سلوك المراهق الشعور بالمسؤولية خاصة في الفترة الأخيرة من مرحلة المراهقة ومن علامات ذلك قيامه ببعض الأعمال لصالح الآخرين ومشاركة الآخرين ببعض الإصلاحات التي تحتاجها حياة المجتمع وإذا لم يبادله الآخرون التقدير على هذه المواقف والأعمال فإنه يبدأ بتوجيه اللوم للآخرين باعتبارهم يهدفون إلى تحطيم آرائه ويسعون إلى التقليل من أهميتها وقد يدفعهم هذا الشعور إلى العزوف عن مرحلة تكرار أعماله ومواقفه المذكورة.

٤- من خصائص سلوك المراهق الرغبة الواضحة في مقاومة السلطة ممثلة في الأسرة بسلطة الأب والأم وفي المدرسة بسلطة المدير والمدرس وسبب هذه المقاومة ومصدرها أن المراهق يتعشق التحرر والخروج من الحدود التي تعوق استقلاله، ويرغب بالابتعاد عن التبعية الطفولية، وأن أهم ما يقف أمامه في سبيل تحقيق ذلك هم الآباء في البيت والمديرون والمدرسون في المدرسة.

إن مقاومة السلطة تأخذ صيغاً مختلفة من السلوك من أهمها:

الاحتجاج على بعض القواعد التي يتبعها الكبار والتمرد والعصيان على أوامرهم وتعليماتهم ومنها أيضاً محاولة الهروب من المنزل أو الانفصال عنه بحجة العمل أو الانخراط بسلك الجندية. ومن الخطأ أن يكون الحل لهذا السلوك معتمداً على العقاب والقوة من قبل الآباء أو المعلمين باعتبارهم مسؤولين عن تصرفاته لأن موقفهم المعتمد على القوة في الأغلب يقاومه المراهق بالقوة أيضاً. ومن المعروف أن البنت أقل عناداً من

الفتى وبعداً عن ممارسة المقاومة واللجوء إلى الهروب. وربما يكون السبب في الفرق بينهن وبين البنين يرجع إلى التنشئة الاجتماعية أكثر من رجوعه إلى الطبيعة البايولوجية.

دور العائلة في النمو الاجتماعي للمراهق

لاشك أنكم على علم بأن من خصائص المراهق الرغبة الشديدة بتأكيد ذاته واستقلاله وبالتالي التمتع بالحرية الشخصية، غير أن ذلك لا ينفي أنه ما زال شديد الحرص على علاقته بأسرته وما زال يشعر بالسند في عائلته من الناحية الاقتصادية والوجدانية والاجتماعية. ويأخذ ذلك بنظر الاعتبار عندما يقدم على أي تغيير في حياته أو عندما يقوم بأية خطوة في مغامراته ومشاريعه كما أن ذلك لا ينفي وجود الصراع القائم بين المراهقين والكبار من أعضاء الأسرة وبصورة خاصة الأب والأم باعتباره من شيم الحياة فالوجود في استمراره لا يأتي عن الانسجام والاتفاق بقدر ما يأتي عن التناقض والصراع. فالصراع الذي يتجلى لنا بين المراهقين وبين جيل الكبار من الآباء والمعلمين هو ظاهرة إيجابية وليست سلبية، فالصراع لا يؤدي إلى تدمير العائلة أو إلى تحطيم المراهقين وإنما يؤدي إلى تدريب المراهقين على انتقاء أفضل خبرات الجيل الذي تعهده ورعاه، والخطر الفعلي أيها القارئ يأتي بسبب الجهل المطبق أو المعلومات الخاطئة عن طبيعة المراهقة من الآباء والأمهات الذي يؤدي حتماً إلى خلق مواقف صعبة بينهم وبين أبنائهم. وعلى الآباء أن يدركوا أن الصراع بين الجانبين هو صراع بين قيم جيلين ولا علاقة به بما ينسب إليه من أنه دليل عداوة وكراهية موجهة من الأبناء إلى الآباء، كما عليهم أن يتذكروا دوماً ما سبق أن أكدناه في مقدمة هذا التعيين من أن المراهقة ميلاد جديد، وأن الولادة عادة تصاحبها بعض آلام المخاض وهنا في المراهقة تأخذ الآلام النفسية محلها بدل الآلام الجسمية، وكما أن الولادة السليمة تحتاج إلى سلامة الأم الحامل وقوتها البدنية فإن المراهقة تحتاج إلى كيان عائلي متماسك قوي يستطيع أن يساعد على ولادة المراهق واحتضانه ورعايته وتوجيهه إلى أن يصل إلى شاطئ الأمان عندما يبلغ سن الرشد، بحيث تصبح له شخصية متميزة بخصائصها الخاصة.

خصائص العائلة الجيدة في تربية المراهق

١- أن يسود جو الأسرة المحبة والوئام، وإذا كانت الأسرة لا تخلو من المشكلات فالمقصود هنا الأسرة القادرة على حل الخلافات بأسرع وقت وأفضل نتائج.

٢- خلو الحياة الأسرية من التيارات المتضاربة لأن هذه التيارات إذا اشتدت فإنها تمزق الأسرة، خاصة إذا كان الأب في جانب من الصراع في حين تكون الأم في الجانب المعاكس، عندئذ يكون المراهق في تمزق فكري وعاطفي.

٣- التماسك العائلي الذي يؤدي إلى التقارب والحياة معها في أغلب الأوقات لأن ذلك يؤدي إلى زيادة شدة الروابط ويؤدي كذلك إلى شعور المراهقين بالأمن وقوة السند.

٤- الاستقرار المكاني في السكن: يشير علم النفس إلى أن العواطف تتكون نحو الأماكن كما تتكون نحو الأفراد وذلك أن الفرد حين يعيش في بيت معين لمدة طويلة يتحول حبه لذلك المكان إلى عاطفة تحركه إيجابياً نحوه وتربطه بمن فيه تمشياً مع مبدأ التعميم وعليه فإن العوائل التي تغير محل سكناها باستمرار لا تتمتع بالاستقرار وطبقاً لهذا المبدأ فإن العوائل الريفية تكون أكثر تماسكاً من عوائل المدن.

٥- المعاملة العادلة: يوجد مفهومان للعدالة في المعاملة: الأول العدالة الحسابية وهو الذي يؤكد على أن الأفراد في الأسرة ينالون نفس الجزاء بغض النظر عن عمر الفرد منهم، والمفهوم الثاني يعرف بالعدالة الهندسية وهذا يعني أن الجزاء يجب أن يكون مناسباً للشخص من حيث عمره ومركزه في العائلة والحقيقة يجب أن يتبع النوع الثاني خاصة بالنسبة للمراهقين حيث منهم من هو شديد الاستثارة ومنهم من هو في حالة نفسية مستقرة.

٦- توحيد الأهداف والطموحات، يشتد التفاهم والتعاون بين الأفراد عندما تكون أهدافهم مشتركة سواء أكان ذلك على نطاق الأسرة أو أي قطاع اجتماعي آخر ولذا فإن من واجب العائلة والمدرسة أن تضع هذه الحقيقة أمامها عند الشروع بأي فعالية أو نشاط.

٧- الاستعداد للتضحية من أجل الآخرين: المعروف أن حاجات الأسرة كثيرة ومتنوعة وأن إمكانات أفرادها متنوعة كذلك وليست متساوية لذا فقد تفوض بعض الظروف ضرورة تحمل بعض أفرادها مسؤولية جسيمة فإذا كان عندهم الاستعداد لذلك فإن علاقات العائلة تزداد تماسكاً وإحكاماً وإذا كان العكس أي إذا حاول كل فرد فيها تجنب المسؤولية فإن كيانها حتماً سيهتز وتشكك أواصره.

٨- تجديد خبرات الأسرة: إن الأسرة كالفرد يصيبها التخلف إذا لم تواكب مسيرة الحركة الحضارية وعليه فإن كل أسرة مدعوة إلى الخروج من عزلتها وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع العوائل والمنظمات والمؤسسات التي تناسب تركيبها ومن هذا الطريق تحصل العائلة على نمو متناسق لأفرادها جميعاً وبعكسه فإن النمو يكون متفاوت وربما متعاكس الأمر الذي قد يعصف باستقرار العائلة وتماسكها.

علاقة العائلة بالمدرسة وأثرها في شخصية المراهق

لقد كانت العلاقة بين البيت والمدرسة علاقة ضعيفة جداً لا تتجاوز الشكليات في القبول والنقل والنجاح والرسوب وما يترتب على ذلك من إجراءات، غير أن التطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسيكولوجي تمخض عن تغيرات كثيرة في هذا المجال من حيث المظهر والجوهر.

لقد أصبح واضحاً للجميع أن الآباء والمدرسين شركاء في قضية واحدة وقد تجلى ذلك في فكرة تشكيل مجالس الآباء والمعلمين وإن كانت هذه المجالس ما زالت في كثير من المناطق شكلية لا حياة فيها. إلا أنها من حيث المبدأ أساسية وضرورية لأنها قادرة على خلق المناخ الذي يساعد على تفاعل الآراء فيطلع كل أب على مشاكل بقية الآباء وينتفع من الحلول التي شخصت لها، بالإضافة إلى ذلك فإن المدرسة تستطيع أن تختصر الزمن في التوصل إلى تعميم ملاحظاتها العامة على جميع عوائل الطلبة. وعلى العموم فإن هذا التفاعل يؤدي إلى تبادل الخبرات وتوحيد الجهود دون أن تحصل الحساسيات الفردية عند بعض الآباء أثناء مراجعته للمدرسة على انفراد، إن علاقة البيت بالمدرسة يجب أن تكون علاقة فعالة واضحة الخطوات صريحة الأهداف. فالمدرسة لا تستطيع أن

تفهم المراهق فهماً عميقاً يساعده على التكيف المستمر إلا بمعاونة الآباء والأمهات، فالمراهقة مبنية على الطفولة، والظاهر من السلوك يتعلق بالمتستر منه، والأم والأب أقدر الناس على الإلمام بذلك، كما أن طموحات الأم والأب في مستقبل أبنائهم لا يمكن رسمه من قبلهم على انفراد دون عون المدرسين وإدارة المدرسة. والمراهق لا يمكن له أن ينمو في اتجاهات متعارضة وعليه فمن الضروري أن تتوحد اتجاهات البيت والمدرسة في توجيه الطالب ونموه وسعادته وإعداده لخدمة المجتمع.

دور المدرسة في النمو الاجتماعي

المدرسة قنطرة تعبرها الأجيال في طريقها من البيت إلى المجتمع والحياة الواسعة وهي بيئة جيدة من الناحية الاجتماعية ذات جوانب أشد ثباتاً من جوانب البيت وأشد اتصالاً بتطورات الحياة منه، والمدرسة عادة تترك آثارها القوية على اتجاهات الأجيال وعاداتهم وقيمهم.

فالمدرسة تخلق للمراهق مجالاً يتسع لألوان مختلفة من النشاط الاجتماعي الذي يساعده على سرعة النمو واكتماله. ففي المدرسة يجتمع الفرد مع أقرانه، فيميل إلى بعضهم ويبتعد عن البعض الآخر، ويقارن نفسه من حيث التحصيل العلمي والمكانة الاجتماعية بالآخرين منهم، فيحكم من خلال ذلك على نفسه وعلى كل واحد منهم، ثم يبدأ في ضوء ذلك حركته التعاونية أو أسلوبه في التنافس.

وفي المدرسة يواجه الفرد جانباً مهماً من الحياة الاجتماعية عن طريق علاقته بمدرسته سواء أكانت تلك العلاقة إيجابية أم سلبية فالمدرس الذي يبني علاقته على السيطرة والعنف والنهي يبتعد طلابه عن احترامه وصداقته، والمدرس العادل الورع الذي يحترم نفسه ويحترم مشاعر طلابه ويتجاوب مع حاجاته الضرورية يلتف حول الطلبة بصدق وإخلاص فيأخذون منه علمه وتجاربه بسرعة ودون معاناة.

وعليه فالعلاقة بين المدرس والطالب تلعب دوراً أساسياً في بناء شخصيته وهي الخطوة الأولى على طريق نجاح الطالب أو فشله دراسياً في حاضره ومستقبله فالطالب في عمر المراهقة يتأثر بمثله الأعلى الذي قد يكون مثله الأعلى الأب أو المدرس قبل الآخرين، فإن أظهر المثل الأعلى سلوكاً متزناً وإيجابياً فإن الطالب يميل إلى استيعابه

وتمثله والأخذ به وإن سلك المثل الأعلى مسلك اللامبالاة في الأمور والتعلق بمظهرها دون جوهرها فإن المراهق يقدم على هذا السلوك ويأتيه دون تردد. والمدرس الذي اضطربت نفسه واختل وجدانه وتصارعت انفعالاته فإنه يقدم للمجتمع من طلابه شخصيات مضطربة ومنحرفة. كما تؤكد الدراسات على أن المدرس العدواني في الأعم الأغلب يتخرج على يده طلاب جبناء يميلون إلى الانسحاب من المواقف العامة ويشعرون بالضيق في أوسع رحاب الحياة. كما أن من أهم عوامل الغش الذي يمارسه بعض الطلبة هو الاستهانة بقدراتهم والسخرية من تصرفاتهم حيث يعمدوا إلى الغش ليتجنبوا هذه المواقف.

العلاقة بين الطالب والمدرس قد تكون في الأساس مستمدة من العلاقة بين المراهق وأبيه وقد انسحبت على كل من يقوم مقام الأب أو يمثل دوره، كما أن مركز المدرس الاجتماعي قد أثر إلى حد كبير على موقف الطلبة منه.

إن المدرس في السابق كان يخضع لعملية انتقاء شديدة وكان يمثل قمة المستوى الثقافي في حين كان عدد المثقفين قليلاً بالقياس إلى الحاضر وعليه فقد انعكست هذه الأوضاع على المعلم وأخذ يشعر بمسؤوليته الاجتماعية والعلمية.

لقد جاءت فترة أخرى من حياة المعلم ليس محلياً فقط وإنما كانت ذات صفة عالمية فقد المدرس فيها بعض ميزات مما أدى إلى ظهور بعض السلبيات في العلاقات التربوية والمدرسية بينه وبين طلابه وها نحن نلمس الآن انعطافاً نوعياً وكمياً إلى التربية والتعليم وإلى المعلم عمود بنيانها ومحور أنشطتها آملين أن تحقق ثورتنا جميع أهدافها في خدمة أمتنا.

إن المشكلة الآن تتجلى في أن المدرس بدأ يشعر بأنه فقد الكثير من المقومات التي تشده إلى مهنته سواء أكانت اقتصادية أم اجتماعية بالإضافة إلى موقف الطلبة وذويهم من المدرسة الأمر الذي أخضع المعلم إلى صراعات عنيفة بين أهدافه المهنية والتزاماته الأخلاقية وبين دوافعه الآنية.

إن هذه الصراعات بالتأكيد تنعكس عند البعض من المدرسين على علاقاته مع زملائه وطلبته انعكاساً لا نرغب فيه ولا نتمناه. لقد درست هذه الناحية على يد بعض

العلماء ففي دراسة (أندرسون وبرور) تبين أن أهم الصفات الضرورية للمدرس الناجح في علاقاته الاجتماعية هي: استمتاعه بمهنته وحبه لها، وإيمانه برسالته وحبه لتلاميذه وميله إليهم ومقدرته على خلق جو جميل من الصداقة حوله، وتحمسه لكل التطورات الصحيحة لمهنته ومواجهة مشكلاته ومشكلات طلبته باطمئنان وهدوء، وقدرته على رؤية هذه المشكلات بالطريقة التي يراها المراهقون، وبالصورة التي يتأثرون بها، ورصانته واتزانه واتصاله المباشر بتلاميذه[1].

دور جماعة الأقران والرفاق في النمو الاجتماعي

في مرحلة المراهقة ينتظم المراهقون عادة على شكل مجموعات متماسكة تتكون عادة من أفراد يتقاربون في العمر ويلتزمون بإطار اجتماعي خاص وأسلوب متميز في الحياة، ومن الملاحظ أن أوامرها على الفرد تكون أشد وقعاً وأكثر قبولاً من توجيهات وأوامر العائلة لذا فإنها في هذه المرحلة تكون أكثر أهمية في حياة المراهقين ومجتمعاتهم من العائلة. إن نشاط الفرد في الجماعة يتوقف على درجة التفاهم القائم بينه وبينهم، وبالعرف الذي ترتضيه الجماعة لنفسها، وبالعادات والتقاليد التي تفرضها الجماعة على أفرادها، والجو الاجتماعي السائد فيها ولهذا فإن المراهق يحاول أن يقلد زملاءه في تصرفاتهم فيعمل كما يعملون ويلبس كما يلبسون، ويرضى لنفسه ما يحبون ويتجنب ما يكرهون، إن الجماعة عندما تقبل الفرد أو ترفضه تأخذ بنظر الاعتبار إخلاصه لرفاقه، وتعاونه معهم، وأمانته لأسرارهم، وقدرته على ضبط نفسه، ودرجة تضحيته من أجلهم.

إن المرشد التربوي لابد أن يدرك هذه الخاصية إدراكاً عميقاً ليوظفها في تعامله مع المراهقين في حالات نشاطهم الإيجابي البناء وفي حالات انحرافهم وتجمعهم التخريبي، وعليه أن يشخص الأفراد الذين يمتازون بالقدرة على القيادة والزعامة فينطلق منهم في خططه الإرشادية.

أهمية جماعة المراهقين

إن هذا التشكيل الاجتماعي خطوة أساسية لنمو الفرد، حيث ينتقل الفرد من الطفولة وهو لم يصل بعد إلى مستوى الرشد، ومن أجل أن يتدرب على حياة المستقبل

(١) فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو، ص٣٢١-٣٣٢.

المستقل لابد أن يختبر الحياة مباشرة. ولذا فقد يذهب البعض إلى إعطائها أهمية من حياة المراهق تفوق أهمية الآباء والمدرسين معاً في توجيه المراهق وتنشئته وذلك لأنها تهيئ له الجو المناسب للتدريب على الحوار الاجتماعي وطبيعة العلاقات الاجتماعية ومقوماتها وأنها تنمي في الفرد روح الانتماء للجماعة وترسم وجهته الخلقية في الحياة المستقبلية، على أن الجماعات قد تسلك بأفرادها مسلكاً رديئاً فتنمي فيهم روح العدوان نحو الآخرين. أو قد تتجه اتجاهات منحرفة جبارة بالفرد فرصة الحياة الاجتماعية مع مجموعة من رفاقه، والعمل بشكل غير مباشر إلى اتصاله بمن يتصفون بالصفات المرغوبة، وأن تقلل العائلة من توجيه الانتقادات الجارحة لرفاقه وأن تعلق تماماً على مواقف المواجهة مع أفراد المجموعة بل يجب- إن اقتضى الحال- أن تتقرب منهم وأن تتعامل معهم جميعاً بروح عالية من تبادل الثقة والاحترام من أجل أن تقام بينهم جسور تؤدي إلى الصراحة وتبادل الآراء ومن ثم تصحيح المواقف السلوكية الخاطئة عن قناعة وطيب خاطر.

التفاعل الاجتماعي والمشكلات التربوية:

إن التفاعل الاجتماعي هو التأثير المتبادل بين طرفين سواء أكان فردين أو فرد وجماعة أو جماعة وجماعة أخرى بحيث كون سلوك أحدهما منبهاً لسلوك الطرف الآخر ومن أهم مظاهره تكيف الأفراد من أنماط ثقافية معينة. لقد كان العلماء قديماً يميلون إلى اعتبار الثقافة تنتقل من جيل إلى جيل آخر بصورة آلية، وإن كل جيل ما هو إلا مجموعة من الأواني الفارغة التي تصب فيها ثقافة الجيل السابق وبذلك تستمر الثقافة إلى فترات طويلة الأمد الذي يجعل كل جيل صورة من الأجيال السابقة، هذا التفسير بلا شك بسيط ويهمل الطبيعة الديناميكية للاندماج الاجتماعي. إن المخلوقات الاجتماعية ليست سلبية وليست قطع من طين اصطناعي يمكن صياغتها مثل ما يريد الفنان، بل إن المخلوقات البشرية تستجيب للمؤثرات التي تواجهها استجابات مناسبة لها وهذه الاستجابات بدورها تكون منبهات للآخرين أي أن المواقف الاجتماعية لا تكون ذات اتجاه واحد في التأثير، إنما التأثير يكون من المنبه وإليه. فعندما نستجيب لمنبهات صادرة من الآخرين فإن استجاباتنا أيضاً تصبح منبهات لهم وهكذا يتم التفاعل. وقد يتوهم البعض بأن هناك منبهات ذات اتجاه واحد في التأثير مثل تأثير الأم بالرضيع والمدرس بالطالب أو الممثل

على المسرح بالمشاهدين، ولكن قليلاً من التأمل يتبين جلياً أن هذا الرأي غير صحيح لأن الأم تؤثر في الطفل وأن ما يحصل للطفل يجعلها تعدل سلوكها وفق ما حصل منه على "وفق استجابته" وهكذا الحال مع المدرس والممثل حيث يعمد كل منهما إلى تجنب الحركة التي لم تكن مناسبة لمن يتعامل معهم من الطلاب أو من المشاهدين. وحتى نجم التلفزيون والسينما وإن كان تفاعله لا يكون مباشراً مع الآخرين ولكن يحصل تفاعله بصورة أطول وبالواسطة غير المباشرة ولهذا السبب ينمو الممثل ويتقدم المذيع والمحدث التلفزيوني حيث يتجنب كل منهم بعض نقاط ضعفه أو يؤكد جوانب قوته كما أشار إليها المشاهدون وقد قيل في هذا الصدد "إن المؤلف لا يصنع روايته ولكن الجمهور هو الذي يصنعها".

إن التفاعل الاجتماعي الحاصل داخل المدرسة جلي الجوانب والنتائج لمن يدرك عوامله ونتائجه والكثير من السلوك الذي يظهر على الطالب ما هو إلا بعض فعاليات ذلك أو نتائجه. ولذلك فإن المشكلات التربوية عادة لا تدرس من جانب واحد فالطالب الرافض لكل ما تقدم له من معلومات في الدروس عامة أو في بعضها خاصة لابد أن يتلمس المرشد التربوي أساساً في جوانب مختلفة من الحياة المدرسية والعائلية فقد يجل ما تنفعه في البيت وقد يكون ما يبحث عنه في شخصية المدرس أو في العلاقات الاجتماعية القائمة في الصف أو المدرسة وأخيراً قد تستقر في كيان الطالب وفي مداخل شخصيته ومكوناتها الظاهرة منها والمتسترة.

المشكلات التربوية المتعلقة بمسؤوليات الإدارة والمدرسين

١- الغياب عن المدرسة والهروب منها:

تواجه المؤسسات التربوية في مختلف مراحلها الدراسية ظاهرة غياب الطلبة وانقطاعهم عن الدوام وهروبهم من المدرسة خلال اليوم المدرسي والشق الأول من الظاهرة "الغياب" قد يكون مقبولاً في كثير من الأحيان لأنه يحصل بسبب ظروف اضطرارية لا يستطيع الطالب التخلص منها مثل المرض والمشكلات العائلية أو ظروف تتعلق ببعد السكن عن المدرسة وقلة وسائط النقل. ونتائج هذا الانقطاع يمكن تلافيها في حالة إحساس الطالب بحجم خسارته العلمية وبجدية محاولاته للتغلب عليها ولكن إهمال العمل على تلافي ما فات الطالب من معلومات وتوضيحات قد يؤدي إلى ارتباكه في

معالجة واجبات بصورة عامة ومن ثم إلى اضطراب علاقته مع نفسه ومع زملائه ومع المدرسة بصورة خاصة أي أن الغياب يصبح سبباً في خلق المشكلات النفسية للطالب أو إثارتها، وهناك نوع آخر من الغيابات هي بالحقيقة نتيجة للمشكلات وليست سبباً لها أي أن علاقة الطالب بالجو المدرسي علاقة سلبية مع ركن أو أكثر من أركانها سواء أكان ذلك مع الإدارة التي تستخدم القسوة في معاملته، أو مع المدرس الذي لا يفهمه ولا يحسن التعامل معه، أو مع المنهج الذي لا يملك القدرات أو الميول المناسبة لمحتوياته وقد يكون مع رفاقه الطلبة الذين لا ينسجم معهم بسبب أساليبهم في المزاح أو الاستهزاء خاصة عندما يعاني الطالب نقصاً في جانب من جوانب شخصيته الجسمية أو العقلية او الاجتماعية، كما قد تكون الأسباب خارج إطار المدرسة أي أن هناك عوامل جذب في مجالات أخرى تشد الطالب إليها أكثر من المدرسة ومنها رفاق السوء الذين كثيراً ما ينتظمون على شكل شلل تمارس بعض الأعمال المشتركة خارج المدرسة كالألعاب أو السرقة والعدوان أو المقامرة أو ارتياد السينمات. وقد يتمادى الطالب بذلك بسبب جهل العائلة بتصرفاته وبسبب إهمال المدرسة وعدم التحري عنه ومفاتحة عائلته في الوقت المناسب. إن هذا السلوك يشكل خطراً جسيماً على الفرد وعلى المجتمع وأن مسؤولية المدرسة فيه مسؤولية واضحة إلى حد كبير خاصة في جانبه الذي يظهر في الهروب من المدرسة أثناء الدوام. إن هذه الظاهرة إذا شملت أكثر من طالب، فإنها دليل قاطع على وجود خلل في قيام المدرسة بواجباتها أو على وجود عوامل طاردة تبعد الطلبة قسراً عنها. نعم إن طالب المرحلة الثانوية يمر بحكم طبيعته كمراهق بفترة صعبة وحرجة من المتغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بظروفه العائلية وقيم مجتمعه واعتباراته، إلا أن المدرسة جو مخلوق ومنظم لذلك أكثر من أي مؤسسة أخرى، والمدرسة الثانوية عليها أن تعمل على أن تقيم بيئة مناسبة لطبيعة المراهق ولأهداف مرحلته الدراسية بحيث تغير وجهة الطالب من حالة الرغبة في ترك المدرسة والابتعاد عنها إلى حالة التعلق بها والأسف عند الابتعاد عنها. ومن أهم ما يمكن القيام به لتحقيق ذلك هو:

١- إقامة حياة اجتماعية سليمة متفاعلة تسودها روح المحبة والتعاون والصراحة بين جميع من فيها من إداريين، ومدرسين، وطلبة ومن له علاقة بها من أولياء أمور الطلبة ومشرفين وفنيين.

٢- توثيق صلة المدرسة بالعائلة حتى يمكن أن يتم التعاون بينها بالدرجة التي تقي الطالب من الوقوع في المتاعب وحل مشكلاته التي يعاني منها.

٣- الاهتمام بالفروق الفردية وأخذها بنظر الاعتبار عند التعامل مع الطلبة بحيث تكون الإجراءات مناسبة لجميع الطلبة في مجال رسم المناهج وتطبيقها وفي مجال استخدام الطرق التدريسية، وعند ممارسة خطوات التقويم بما فيها الامتحانات المدرسية والاختبارات المختلفة الأخرى المتعلقة بجوانب شخصية الطالب.

٤- الاهتمام الجدي بأوجه النشاطات المختلفة داخل الصف وخارجه وبعد أوقات الدوام لإتاحة الفرص أمام الطلبة للتعبير عن أنفسهم تعبيراً يذهب أو يخفف الأزمات النفسية مهما كانت مستوياتها ومهما كانت مصادرها.

٥- عندما يتكرر غياب أحد الطلبة، المطلوب من إدارة المدرسة أن لا تعمد إلى الأسلوب الرتيب في العقاب بل عليها أن تقوم بإجراءات تؤدي إلى تقصي الأسباب عندئذ يكون العلاج صحيحاً ونافعاً، ففي مدارسنا اليوم- مع الأسف- ينشغل بعض المديرين والمدرسين بالجانب الظاهر من مشكلة الغياب فقط ولم يكلفوا أنفسهم عناء البحث العلمي السليم في وضع أيديهم على الأسباب الحقيقية، مما يجعل حلولهم سطحية وغير مجدية، وربما تكون إجراءاتهم الخاطئة سبباً رئيسياً في تضخم المشكلات وتعقيدها.

٦- يفضل أن لا تعمد إدارة المدرسة إلى تعميم خبراتها في جانب الغياب على جميع الطلبة الذين يكررون الغياب وذلك لأن كل طالب ظروفه الخاصة وحالته النفسية المتميزة فقد يغيب أحدهم بسبب ظروف عائلية واقعية وصحيحة في حين يغيب الآخر ويدعي بظروف عائلية مصطنعة لا أساس لوجودها. كما قد تكون المواصلات سبباً حقيقياً في غياب أبناء منطقة معينة ولا تكون كذلك للآخرين.

٧- لما كانت ظاهرة الغياب متعددة في أسبابها ومختلفة في تأريخ نشوئها فعلى المدرسة أن تشرك أكثر من جهة في تشخيص أسبابها وفي إجراءات علاجها مثل المدرس والأب والطبيب والمرشد النفسي والمشرف التربوي، ومسؤول الاتحاد الوطني للطلبة.

٨- إن من أهم مشكلات طلبتنا هي عدم القدرة على التعامل الجيد مع الزمن، ولذا فمن واجب المدرسة بالتعاون مع العائلة ومع الاتحاد الوطني أن تقوم بحمل جميع الطلبة على ممارسة جدولة لأعمالهم من أجل أن يكون جزءاً من اتجاهاتهم الرئيسية في الحياة، ومن الواجب في هذا الصدد أن يبدأ المدير بنفسه فيلتزم بمواعيده بدقه تنعكس على الآخرين، وهكذا الحال مع المعلم ومسؤول الاتحاد الوطني، وعندئذ يكون كل واحد منهم قدوة للآخرين. وعدم الاكتفاء بالتوجيهات اللفظية والنصائح النظرية، لأن الأقوال التي لا تعزز بالأفعال تعطي نتائج عكسية في أغلب الأحيان.

٢- التأخر الدراسي:

المقصود بالتأخر الدراسي هو ضعف مستوى التحصيل المدرسي الأكاديمي ضعفاً يجعل الطالب متميزاً عن زملائه العاديين، وعاجزاً عن اللحاق بهم أو الارتفاع إلى مستوى متطلبات الدراسة في صفه.

إن هذه المشكلة موجودة في مختلف مراحل الدراسة ولكنها في مرحلة المراهقة تأخذ أبعاداً خطيرة، بسبب حالة المراهق النفسية وعلاقته بنفسه وبالآخرين من أفراد عائلته وبزملائه ومدرسيه. فقد يكون التأخر الدراسي سبباً في شعور الفرد بأنه أقل من غيره ذكاء أو قدرة، وربما يتحول هذا الإحساس إلى الشعور بالنقص. وقد يؤدي أيضاً إلى تردي العلاقة بين المراهق ووالديه أو أخوته خاصة إذا كان هو الوحيد من بين أخوته في ذلك. وربما يدفعه ضعفه في الدروس إلى مواقف سلوكية سيئة تعويضاً عن حالته كالاعتداء أو الغش.

إن من أهم خطوات مواجهة هذه المشكلة هي الوقوف عليها وتشخيصها في بداية ظهورها وذلك منعاً لما يبنى عليها ويقوم بسببها من مواقف صعبة ومعقدة، فالتأخر

الدراسي عندما يحصل في صف من الصفوف يكون قاعدة لتأخر أشد في صف آخر يليه. أو قد يؤدي الضعف في مادة من المواد إلى ضعف في مواد أخرى كما هو الحال في اللغة العربية فإن الضعف فيها قد يؤدي إلى الضعف في التأريخ والجغرافية كما وأن الضعف في الرياضيات قد يؤدي إلى ضعف في الفيزياء والكيمياء وهكذا، حتى تتفاقم المشكلة وتتشعب لدرجة يصبح حلها متعذراً على المعلم أو الأب وحتى على المختص بالتوجيه والإرشاد.

إن مشكلة التأخر الدراسي مشكلة معقدة التركيب مختلفة الأبعاد يصعب حصرها في مظهر واحد أو ردها إلى سبب معين. فبعض العوامل واضحة للذين يعايشون مع الطالب ويلاحظون سلوكه والبعض الآخر خفية عليهم لأنها تعمل بشكل غير مباشر. ومن العوامل ما يتمركز في صاحب المشكلة نفسه من حيث طبيعته وتركيبه البايولوجي ومنها ما ينبع من تعامل الطفل مع عائلته وبيئته العامة في المدرسة والمجتمع ومنها ما يكون بسبب أقرانه ورفاقه السيئين.

إجراءات المدرسة وحلولها

١- إن من أهم ما يجب أن تفكر فيه إدارات المدارس والمرشدون التربويون وهيئاتها التدريسية هو أن هذه المشكلات متوقعة وأن عليها أن تقوم بخطوات وقائية تمنع وقوعها، معتمدة في ذلك على خبراتها الفنية في هذا الحقل وعلى نتائج تقويمها المستمرة.

٢- يجب أن يكون علاج حالات التأخر الدراسي ابتداء من أسبابه الحقيقية وعدم الاعتماد على النصح والإرشاد والضغط وعنف المعاملة. لأن هذه الأساليب تعطي نتائج أسوأ على المراهق من التأخر الدراسي نفسه.

٣- يجب أن تكون العلاقة بين البيت والمدرسة علاقة عضوية فعالة يتم فيها تبادل المعلومات بدقة وصراحة ووضوح. ويحصل من خلالها التعاون بروح عالية من الجدية وتبادل الثقة. وتجنب الأساليب التي يحاول كل منهم رمي المسؤولية على الآخر، فكثيراً ما تسمح بعض الانتقادات التي يوجهها الآباء إلى المدرسين وتحميلهم مسؤولية فشل أولادهم. وفي الوقت نفسه نسمع آراء بعض المدرسين

في ردِّ المسؤولية على العائلة، والحقيقة أن المسؤولية مشتركة والحل لا يحصل إلا بالتعاون بينهما.

٤- في الحالات المتطرفة التي تنذر بخطر الانحراف والجنوح يفضل أن يشترك في معالجاتها أكثر من شخص واحد وباختصاصات واهتمامات متنوعة منهم: مدرس الطالب وأحد أفراد عائلته، وطبيب الصحة المدرسية، ومختص نفسي وباحث اجتماعي أما في الحالات العادية البسيطة فالأمر مرهون بمدرس المادة أو مرشد الصف مع أحد أفراد العائلة مع المرشد التربوي.

٥- العلاج الناجح هو الذي يجري وفق خطوات علمية مترابطة ومتكاملة ويتضمنها سجل خاص يأخذ الطابع السري في حفظ معلوماته بحيث لا تؤدي حقائقه إلى مس كرامة العائلة، أو شعور الفرد ويجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار قيم المجتمع العربي وتقاليده وعاداته.

٦- يحدث في كثير من الأحيان أن تكون مشكلات الطالب المدرسية ناجمة عن مشكلات من يتعامل معه من أفراد الأسرة والمدرسة. فقد تؤدي العلاقات السيئة بين الأبوين إلى وجود مناخ نفسي خانق لا يساعد المراهق على الاستقرار ومتابعة الدراسة بوعي وإدراك، لأن الانفعالات الحادة والمستمرة تؤدي إلى الأغلب إلى تعطيل أو تقليل نشاط العمليات العقلية المختلفة. كما قد تكون أوضاع المدرسة وعلاقاتها الاجتماعية لا تشجع بعض طلبتها على الاستقرار وممارسة النشاط. فكثيراً ما يترك الطالب المدرسة بسبب سلوك وتصرفات المدير أو بعض المدرسين وبسبب فشل الإرشاد في مد يد المساعدة الصحية في الوقت المناسب.

٧- يجب أن يأخذ القائمون على علاج التأخر الدراسي بنظر الاعتبار ضرورة التأكيد على تغيير اتجاهات الطالب السلبية باتجاهات إيجابية نحو نفسه ومدرّسيه وبيته والمجتمع الذي يعيش فيه.

٨- من الحقائق العلمية التي يجب أن لا ينساها جميع من يهمهم أمر التربية والتعليم هي الحقيقة القائلة "لا تعلم بدون دافع" ولما كانت الدوافع سلبية وإيجابية فمن المفضل أن يعمل المدرسون إلى استثارة الدوافع الإيجابية، تلك الدوافع التي تكون

قادرة على تحريك طاقاتهم وفعالياتهم التعليمية خاصة تلك التي ترتبط بتأكيد ذواتهم وبمصير أمتهم ودورها في الحضارة الإنسانية في حاضرها ومستقبلها.

٣- السلوك العدواني:

يقصد بالسلوك العدواني ذلك السلوك الذي يتأتى عن مشاعر ودوافع تتضمن عنصر التدمير وسوء النية نحو الآخرين. ويمكن أن يقال عنه بأنه محاولة الإيقاع بأرواح الناس أو ممتلكاتهم أو سمعتهم أو عقائدهم دون سبب واضح أو معقول.

إن السلوك العدواني سلوك مرفوض من الآباء والمدرسين، يحرمه الدّين ويحتقره المجتمع وتعاقب عليه القوانين، ورغم ذلك فإن أغلب الناس أو كثيراً منهم يحملون في أعماقهم مشاعر العنف والعدوان وإن كانوا لا يفصحون عنها، وهي في هذه الحالة تكون بمثابة قوة تعمل على هدم تكامل الفرد وعدم استقراره واتزانه وربما تتحول إلى عقد لا شعورية دفينة في أعماقه تسبب له سلوكاً قسرياً ورمزياً ومنحرفاً، الأمر الذي يتطلب ممن يعنيهم الأمر العمل قدر المستطاع لتخليص الفرد من آثامه والمجتمع من شروره. وقد تكون السباقات الرياضية كما قد تكون المجالات التي تتطلب الدفاع عن النفس

والوطن ومواجهة المخاطر والمصاعب مجالات صحيحة للتعبير عنه وتخفيف ضغطه وغليانه.

أسباب السلوك العدواني

يذهب بعض العلماء إلى أن الأساليب العدوانية على اختلاف مساراتها صادرة بالأساس، ومتطورة من استعداد فطري هو استعداد المقاتلة، وفي هذا الصدد قال (مكدوكل) "إن غريزة المقاتلة لعبت دوراً أكبر مما لعبته أي غريزة أخرى في تطور التنظيم الاجتماعي". ولما كان دافع المقاتلة نفسه يتخذ اتجاهاً نفسياً فإنه قد يخضع خضوعاً كبيراً لعوامل البيئة ومؤثراتها. ووفقاً لهذه المؤثرات قد يتجه اتجاهاً ضاراً وهداماً، وقد يتجه اتجاهاً نافعاً لكل من الفرد والمجتمع(عبد العزيز القوصي، ١٩٨٠).

أما الاتجاه الآخر فهو الذي يؤكد على عوامل البيئة في خلق مشاعر العدوان فقد توصل "ماكورد" "Macord" إلى عزل أعراض العدوان الحاد ومعرفة من يتصف بها من الأطفال، ومقارنة سلوكهم بسلوك الآخرين واعتمد على المدرسين والأخصائيين

الاجتماعيين ورجال الشرطة في اختيار الحالات الشاذة. وقد تمكن الباحث من اختيار "٢٤" طفلاً يصفهم المجتمع وصفاً جازماً بالعدوانية، ثم يقارن هؤلاء الأطفال بآخرين ممن لا يتصفون بهذه العدوانية الحادة. وقد دلت نتائج هذا البحث على أن الحالات الحادة العدوانية ترتبط ارتباطاً إحصائياً كبيراً بالبيئة التي تتصف بالأمور الآتية:

١- التعرض للإيذاء من أحد الوالدين أو من كليهما.

٢- إحساس الوالدين أنفسهما بالفشل.

٣- اختلاف الوالدين في أسلوب تربية الأطفال.

٤- كره الوالدين لإنجاب الأطفال وكأن الأطفال جاءوا رغماً عنهما.

٥- لا يتصف سلوك الوالدين، في الأعم الأغلب، بالعطف والحنو اتجاه أولادهما.

وتشير بعض الحالات إلى أن الشعور بالنقص من العوامل المهمة في حمل الطفل على ممارسة السلوك العدواني، حيث تبقى العوامل التي يعاني منها والتي تسبب له الشعور بالنقص مكبوتة تغلي في الأعماق إلى أن تثار فتظهر بصيغ عنف وعدوان رهيب ويمكن التدليل على ذلك من حالة (جري) "Jerry" المشهورة: فقد كان (جيري) في عمر السابعة والنصف حينما قتل زميلاً له عن طريق إغراقه في النهر بسبب خصومة بسيطة أثناء اللعب. إن السبب الظاهر لا يمكن أن يقبل لأنه لا يكفي لتفسير الحادث، والحقيقة أن الجانب كان ابن سفاح عاش مع أمه عيشة الكفاف، وكان يضطر أن يعيش وحده في فترات طويلة من النهار لانشغال أمه في خدمة البيوت بدون ضابط أو رقيب، وكانت مدرسته بعيدة عن سكناه الأمر الذي أوصله إلى الغياب والتأخر الدراسي ومن ثم إلى التشرد. ولما كان الأولاد يعرفون أنه ابن غير شرعي فإنهم يعيّرونه بذلك، مما حمله على الشعور بالنقص الشديد والنقمة البالغة على من حوله. لقد تراكمت آثار هذه الظروف وظلت مكبوتة في نفسه إلى أن جاء حادث اللعبة مثيراً لـه فانفجر الحقد المتراكم فكانت الجريمة(عبد العزيز القوصي، ١٩٨٠).

مظاهر العدوان عند الطلبة

إن مشاعر العدوان ودوافعه تدفع بالفرد المراهق إلى أن يمارس سلوكه العدواني في بيئته المدرسية في الجوانب التالية:

١- العدوان الموجه نحو إدارة المدرسة وإجراءاتها: حيث نجد أن النشاط التخريبي للطالب العدواني متركز في المخالفات المتكررة لتعليمات الإدارة فيمزق إعلاناتها ويحرض الآخرين على مخالفتها ويختلق الإشاعات ويضخم أخطاء العاملين فيها ويطلق على المدير الألقاب والنعوت التي تهدف إلى التقليل من شخصيته. ويصل الانحراف بهؤلاء الطلبة إلى تحرض الآخرين على الغياب وسوء التصرف.

٢- العدوان الموجه نحو المدرس في الصف: ويتمثل ذلك في التهريج أثناء الدرس ومقاطعة المدرس أثناء حديثه والقيام بأعمال تضحك الآخرين وغيرها من التصرفات الرديئة الأمر الذي يؤدي إلى ضياع فرص التدريس من جهة وإلى إحراج المدرس أمام طلابه.

٣- العدوان الموجه نحو الطلبة: يمارس البعض من ذوي النزعة العدوانية عدوانهم على الآخرين من زملائهم خاصة الذين يؤدون واجباتهم بانتظام ويتجاوبون مع توجيهات المدرس، بحجة أن هؤلاء هم المسؤولون عن إثارة المدرس وتنبيهه على بعض جوانب تقصيرهم. وقد يتخذ عدوانهم على الطلبة أسلوباً مباشراً داخل المدرسة أو خارجها كالضرب أو الشتم أو التهديد أو يتخذ أسلوباً آخر هو تمزيق كتبهم وإتلاف لوازمهم بصورة سرية.

٤- العدوان الموجه نحو بناية المدرسة وأثاثها وممتلكاتها، حيث يتجلى ذلك بقيام بعض الطلبة بتحطيم زجاج النوافذ أو الكتابة البذيئة على الجدران أو العبث في الحديقة وإتلاف أزهارها، وقد يصل الأمر إلى إتلاف حنفيات المياه أو مفاتيح الكهرباء.

مقدمة في الجانب الجنسي وأهميته

يحتل الجنس مقاماً مهماً وخطيراً في حياة المجتمعات وفي حياة الأفراد، ولم يكن هذا الاهتمام وليد حضارة معينة، أو فلسفة خاصة، إنما ظهر أولاً بظهور الحياة ومن أجل استمرارها، وتنقل لنا الأساطير وتؤكد لنا الكتب السماوية الكثير من الإجراءات التي اتخذت والتي يجب أن تتخذ حيال التصرفات الفردية أو الجماعية في الجانب الجنسي.

إن هذا الجانب المهم كان وما زال من الأمور التي تغلف بالسرية والكتمان وتتخلل مجال البحث فيه شحنات الحذر والريبة حتى من خلال أنشطة البحث العلمي وعلى أرفع المستويات. وهذا ما جعل مسيرة نموه تتعثر والآراء فيه تتعارض ولذا فقد أصبح تراثه مثقلاً بالاعتبارات اللاإنسانية واللاأخلاقية بحجة حماية الإنسان والمحافظة على الأخلاق. إن الإنسان ابن الفعاليات الجنسية، ولد من خلالها، وطبع على القيام بها لأنها سنة الوجود، ولا بقاء للأجناس التي لا تتزاوج ولا تتناسل، ولكن هذه الأنشطة والفعاليات شأنها شأن أي نشاط إنساني آخر، يجب أن ينتظم على وفق سلوك عام تقبله الغالبية العظمى، وتمارسه كسلوك سوي وطبيعي، ومن المتوقع أن تخرج عنه فئات من المجتمع تمارس أنماطاً أخرى من السلوك الجنسي يعده المجتمع انحرافاً وشذوذاً.

الانحراف الجنسي Sex Perversion

السلوك الجنسي مظهر من مظاهر التعبير عن تماسك الشخصية ونموها الطبيعي السليم أو اعتلالها واضطرابها وشذوذها عن الهواء. والشخصية السوية المتكاملة صورة مثالية لا وجود لها في الواقع "فالكمال لله وحده" ومن هذا المنطلق ومن منطلق تفرد وخصوصية كل شخصية في تركيبها العام وما ينعكس عنه من سلوك فإننا نتوقع أن يتصرف معظم الأفراد تصرفاً يخرج عن إطار الصورة المثالية التي يتمناها الناس أن تكون في مرحلة من مراحل العمر أو في ظل ثقافة من الثقافات، والتي تشكل معياراً للحكم على خلق المجتمع والأفراد، على أن هذا الخروج يختلف في دلالته الدينية والأخلاقية والاجتماعية بصورة عامة عن دلالته في مجال الصحة النفسية. (فاللواطة Sodomy) على سبيل المثال كانت إلى فترة قريبة في بعض المجتمعات الغربية تعد

سلوكاً إجرامياً يستحق فاعله العقاب الشديد، ثم تبدلت النظرة عندهم إليه باعتباره سلوكاً مرضياً يجب البحث عن أسبابه وعن الطرق العلاجية له، وإذا كان لابد من أن يعاقب كل فرد من الأفراد يمارس سلوكاً جنسياً يخرج عن المألوف بما يناسبه من عقاب حماية للفرد والمجتمع. فليس من المعقول أن نضع كل من يخطأ في هذا المجال في قائمة الشاذين والمنحرفين جنسياً إلا إذا وقع سلوكه ضمن مفهوم الشذوذ وهو "كل فعالية جنسية واقعية أم خيالية تنتهي عند الفرد بحصول اللذة والمتعة البديلة عن الممارسة الطبيعية والتي يكررها رغم زوال ظروفه الاضطرارية لممارستها الأولى، ورغم توافر إمكانية الممارسة الطبيعية مع فرد بالغ من الجنس الآخر".

أسباب الانحراف الجنسي

لقد ظهرت آراء مختلفة في تفسير ظاهرة الانحراف الجنسي كما هو الحال في تفسير الجوانب الأخرى من جوانب الشخصية ومن أبرز الآراء في هذا المجال ما يأتي:

١- الآراء التي تجعل للوراثة مسؤولية أساسية في ظهور هذا الانحراف غير أن هذا الاتجاه لم يحصل على أدلة مقنعة وذلك للصعوبات الكبيرة التي تقف على طريق البحث في هذا المجال. فقد قام (كولمان Collman) بدراسة الانحراف الجنسي المثالي (اللواط) عند الذكور بالاعتماد على القوائم المتطابقة ولكنه لم يجد عينة بحجم مقنع، كما أن الوراثة المتعادلة عند المخنثين لم تحدد السلوك المنتظر إنما سلوك هؤلاء كان وقفاً على المعاملة التي يتعاملون في إطارها فإن عومل الفرد منهم كأنثى تصرف تصرفاً أنثوياً وإن عومل كذكر تصرف تصرفاً ذكرياً.

٢- النظرية السلوكية: وهذه النظرية تؤكد على أن السلوك من أي نوع من أنواعه يحصل عند الفرد عن طريق تعلمه له فالسلوك الجنسي المنحرف من وجهة النظر هذه ما هو إلا عادة تحكمت بمن يمارسها عن طريق تكرارها فالمنحرف جنسياً ينال لذة مباشرة أو غير مباشرة من جراء فعالية جنسية وبالتالي يكرر تلك الفعالية كلما احتاج إلى اللذة التي خبرها.

٣- نظرية التحليل النفسي: والتي تعتمد كما هو معروف على مراحل النمو وعلى الصراع الذي يحصل من خلالها بين اللذة التي يحصل عليها الفرد في المنطقة

الجسمية التي يتركز حولها نموه النفسي وبين أسلوب المعاملة التي يتلقاها من الآخرين. وما ينتج من كبت يسببه هذا الصراع، وعندما ينمو الفرد ويصل في نموه إلى مراحل متقدمة فإن تلك الخبرات المكبوتة قد تعمل عملها في تحريف العلاقة الجنسية عن مسارها الطبيعي إلى سلوك شاذ ومنحرف.

إن النظريات أو الاتجاهات السابقة في تفسير الانحرافات الجنسية قد تكون مقبولة ولكن لابد أن يكون هذا القبول محدوداً وليس مطلقاً ومن الأجدر أن لا يأخذ المؤلف بتلك الآراء بحذر وكأنها جميعاً قد تؤدى لو اجتمعت في تفسير السلوك، لأن السلوك المنحرف قد تكون أسبابه متعلقة بأعراض مرضية أو حالات نفسية أو مواقف اجتماعياً بعيدة يصعب على المؤلف المتعجل إدراك ما بينها من علاقات وأن ما مر من تفسيرات لنظريات علمية هو لا يتناسب والقيم الأخلاقية والمثل العليا التي تمتع بها المجتمع العربي المسلم.

الاستمناء (العادة السرية Masturbation)

العادة السرية سلوك ينتشر انتشاراً كبيراً بين الناس كباراً وصغاراً رجالاً ونساءً رغم اختلاف نسبة من يقوم به باختلاف العمر والجنس والثقافة والالتزام الديني. ونظراً لسعة انتشاره الذي يقول عنه "كنزي" أن نسبة من يمارسه من الرجال في أمريكا ٩٢% وعند شباب الجامعات ٩٦% وعند النساء ٦٢% كما وجد أنه ينتشر بين المتزوجين حيث يلجأ إليه البعض منهم بين فترة وأخرى.

مما تقدم من حيث انتشار العادة السرية والاستمناء عند البشر والحيوانات فإنه من الممكن أن يعد سلوكاً طبيعياً وليس سلوكاً شاذاً وإن وظيفته التخلص من الطاقة الفائضة غير أن هذا السلوك على وفق تعريفنا السابق للانحراف والشذوذ الجنسي لا يعد سلوكاً طبيعياً وبخاصة في حالاته المتطرفة وكذلك القيم الدينية التي لا تسمح بذلك. كما أن الباحثين والمختصين قد بالغوا أحياناً في وصف ما يترتب عليه من آثار منها:

١- أن العادة السرية تؤدي إلى الجنون: لاشك أن العادة السرية في حالة الإفراط تؤدي إلى الإنهاك الجسمي وهذا الإنهاك يقترن أو يؤدي إلى ضعف النشاط العقلي، ولكن بعض الباحثين توصل إلى أن الكثير من المنتجين عقلياً يمارسون هذه العادة ففي

دراسة قام بها (كنزي) شملت ٥٣٠٠ ذكراً أمريكياً توصلت إلى أن ٥١٠٠ منهم كانوا يمارسون العادة السرية ولم تنتشر بينهم الأمراض العقلية بشكل يشير إلى العلاقة، وإن الدراسة أشارت إلى أن من يشكو منهم في الناحية العقلية هم بالأساس يحملون الاستعداد له قبل ممارستهم للعادة السرية.

إن ظاهرة الأمراض العقلية تأتي من رغبة بعض المعالجين أو بعض المربين من استخدام الرعب والتهويل في إبعاد الجيل عن هذه العادة السيئة وبسلوكهم هذا يقايضون حالة سيئة بأخرى أسوأ منها، ولكن الرأي الصحيح هو اعتماد الوقاية والعلاج ذات المضامين التربوية الصحيحة.

٢- العادة السرية تؤدي إلى العنة وعدم القدرة على الزواج: الحقيقة أن العادة السرية تنتشر بين المنطوين والمنعزلين وقد تكون العلاقة بين العزلة وممارسة العادة السرية متداخلة بحيث يصعب تشخيص أيهما هو السبب. وبالحقيقة لابد أن لا ننسى أن الظاهرتين هما دليل على عدم التكيف الصحيح للفرد وعدم استقراره النفسي، والأمر الأصح والأسلوب الأمثل هو تقوية بناء شخصية الفرد دون تجزأة جوانب شخصيته ومعالجة حاله على اعتباره كل متكامل.

فالعنوسة وعدم القدرة على تحقيق السعادة في اللقاء الجنسي مع شخص آخر من جنس آخر قد يرتبط بالحالة النفسية التي تسود العلاقة بينهما من تبادل الثقة والإعجاب ومن الخبرات النفسية لكل واحد منهما، وإذا كانت العادة السرية قد تعمل في هذا الاتجاه ولكنها لا تنفرد فيه، فالكثير من الرجال أو النساء قد مروا بزواج قبل زواجهم الحالي الفاشل.

٣- عدم استجابة الفرد الذي يمارس العادة السرية لأفراد الجنس الآخر كمنبهات للحيوية والاستعداد العضوي للعملية الجنسية واقتصار استجابته للخيال والبدائل الأخرى الشاذة. هذا الرأي على ما يبدو مستمد أو معتمد على وجود ارتباط بين السلوكين في الشخص الواحد، ولكن عندما علمنا أن نسبة كبيرة من الأفراد يمارسون العادة السرية حتى وجدها (كنزي) قد تجاوزت ٩٠% في أمريكا فمن المتوقع أن نجد بين

أي فئة من الناس نسبة كبيرة منهم يمارسونها سواء أكانت تلك الفئة من العباقرة أو من المفكرين أو من الفاشلين في الزواج أو من الراغبين فيه.

كما قد يكون السبب ناتج من عدم الثقة بالنفس لدى بعض الأفراد ولذلك فإنه يتهيب من المرأة أو يخجل إلى درجة يقع فيها بحالة واضحة من الاضطراب فيتعطل الانتصاب عنده أو لا يكتمل، وبخاصة عن أولئك الذين يعيشون في أجواء اجتماعية مغلقة على المحرمات.

٤- سوء التوافق بين الزوجين وتحقيق اللذة الجنسية، يذهب بعض المهتمين بالموضوع إلى اعتبار العادة السرية هي المسؤولة عن سرعة القذف أو تأخره عند كل من الرجل والمرأة وكان رأيهم هذا يشير إلى حقيقة أكيدة وثابتة، ولما كان الأمر لا يحصل عند الكثيرين ممن يمارسوا العادة السرية، فلابد أن تقلل من الإيحاء النفسي للشباب في هذه المخاطر، لأن سرعة القذف أو تفاوته عند الرجل والمرأة لدرجة يحقق اللذة عند فرد منهما في حين لا يزال غير متحقق عند الآخر يتوقف على أمور منها: توافر الرغبة عند الطرفين، وخبرتهما والمكان الأمين، بالإضافة إلى خبرة كل واحد منهما ومعرفته للمدى الذي تنتهي فيه عملية الجماع بالقذف عند الآخر.

وذلك لأن الناس يخضعون لفروق فردية في هذا الجانب كما هو حالهم في الجوانب الأخرى.

وختاماً فإن العادة السرية لا تعد شذوذاً وانحرافاً في حالاتها العابرة والاضطرارية ولكنها في حالة تطرفها وتأثيرها في حياة الفرد وعبورها إلى بعض مجالات حياته الاجتماعية والنفسية فإنها تعد شذوذاً يحتاج للعلاج. ولكن تتنافى والعادات والقيم الأخلاقية التي يؤمن بها المسلم وبقية الأديان لأنها من المحرمات.

موقف المرشد التربوي من هذا السلوك

١- يجب أن لا يستغرب أو يستبعد وجود هذا السلوك بين المراهقين.

٢- يجب أن يؤمن بأن النصح والإرشاد لوحده- سواء أكان ذلك تصريحاً أم تلميحاً- لا يمكن أن يحقق النتائج المطلوبة في سلوك المراهق.

٣- أن النشاط الجسمي والعقلي للمراهق هو السجل الأفضل في امتصاص طاقته واستخدامها في المجالات النافعة فالهوايات الشخصية والمشاركات في اللجان العلمية والفنية والرياضية تلعب دوراً إيجابياً كبيراً في تخليص المراهقين من العادات السرية.

الجنسية المثلية

ويتجلى هذا الشذوذ في ميل الفرد إلى الإشباع في هذا الشذوذ إلى ممارسة الجنس مع رجل آخر، وتميل المرأة إلى ممارسة الجنس مع امرأة أخرى، ويدعى الاتصال الجنسي بين رجل ورجل باللواط والاتصال الجنسي بين امرأة وامرأة بالسحاق.

إن الشذوذ الجنسي المثلي قد لا يصل بانحرافه إلى مستوى الفعل الجنسي المألوف، وإنما قد يكون على مستوى لمس الأعضاء التناسلية باليد أو الفم أو قد لا يتعدى العناق والقبل. وهذا منافي للقيم والعادات الأخلاقية ولا يريد المؤلف ذكر هذه التفاصيل ولكن يجب أن يذكرها.

إن الدراسة والمتابعة أثبتت ما يعزز الملاحظات العابرة أن هذا السلوك منتشر في المجتمعات كافة وعلى مختلف مراحل العمر، فقد أظهر "كنزي" من دراسته لهذا السلوك بين الرجال الأمريكان أن حوالي ٥٠% من الرجال غير المتزوجين يمارسون الجنسية المثلية وإن حوالي ٦٠% من الصبيان قبل سن المراهقة يمارسون الجنسية المثلية. كما وجد أنها تنتشر بين النساء حيث جاءت نسبة اللاتي ذكرن ممارستهن لهذا الشذوذ ٣٣% من أفراد عينة البحث.

ويذهب بعض المختصين إلى تصنيف هذا الشذوذ إلى المستويات الآتية:

١- مستوى الطفولة الأولى ويكون هذا السلوك في هذه المرحلة طبيعياً. على وفق ما جاءت به مدرسة التحليل النفسي.

٢- مستوى الطفولة المتأخرة ويكون استمراره هذا إلى هذه المرحلة علامة على عدم تكامل النمو الجنسي في مراحله الطبيعية في الطفولة الأولى.

٣- ٢٢مستوى المراهقة ولا تكون ممارسة هذا السلوك في هذه المرحلة من الدلالات الأكيدة للشذوذ وإنما قد تكون ضغوط الطاقة العارمة مع ندرة منافذ الإشباع الطبيعي.

٤- مرحلة الممارسة المزدوجة حيث يقوم الفرد نفسه بممارسة المثلية إلى جانب الجنسية الطبيعية والسلوك من هذا النوع وبهذه الصيغة يعد شذوذاً وبخاصة عندما لا تتوفر عناصر الاضطرار.

٥- نكوص الفرد وعودته إلى الجنسية المثلية بعد أن وصل إلى الممارسات الطبيعية وهذا الشذوذ يكون نتيجة لبعض الأمراض العقلية والنفسية كمرض الشيزيفرينا.

٦- مستوى الانصراف التام لممارسة الجنسية المثلية دون أن يظهر على الفرد أي ميل إلى الجنس الآخر.

نظريات الجنسية المثلية

تناول العلماء هذه الظاهرة باهتمام كبير وكما هو متوقع اختلفوا في تفسيرها اختلافاً يتناسب مع اختلافهم الفلسفي ومع ملاحظاتهم العابرة، وخبراتهم الشخصية ومن أبرز الآراء هي:

١- الاتجاه البايولوجي الذي يرتكز على التركيز الجسمي ونشاط الجهاز الغدي، وقد أوضحنا أساس هذا الرأي عندما تعرضنا للشذوذ عند الحيوانات قبل قليل. ولكننا نتحفظ في تعميمه على الإنسان وبخاصة عندما اطلعنا على الحجم النسبي للممارسة قياساً إلى الحجم النسبي عند الحيوانات. ونقول أن الجانب البايولوجي يفسر جزءاً من الظاهرة ويعجز عن تفسير الظاهرة كلها وعندئذ تبرز الحاجة للبحث في نظرية أخرى.

٢- الاتجاه الاجتماعي: ويؤكد هذا الاتجاه إلى أن الحياة الاجتماعية وبخاصة التي تفرض حياة العزلة بين الذكور والإناث تجعل الفرد مضطراً إلى الممارسة الجنسية المثلية وبخاصة عندما يتطرف نشاط الجهاز الجنسي في قوته ودفعه للفرد نحو مصادر الإشباع مهما كانت. إلا أن هذا الرأي يصبح عاجزاً عن إقناع الباحثين وبخاصة عندما تطلع على حجم انتشار الجنسية المثلية في المجتمعات

المفتوحة والتي يكثر في الاختلاط كالمجتمعات الأمريكية. ويؤكد المؤلف في هذا المجال على أن كل المجتمعات العربية الإسلامية بعيدة كل البعد عن تلك الممارسات التي تتنافى والقيم الأخلاقية ولكن وجود الستلايت والأفلام التي صدّرها لنا الأوروبيين هي السبب في انحراف كثير من أبنائنا لذلك.

النظريات النفسية

إن من أكثر النظريات النفسية تعمقاً في هذا المجال هي نظرية التحليل النفسي وهي تميل إلى تفسير الجنسية المثلية بما يأتي:

١- إن عقدة الإخصاء عندما تتحكم بالفرد تمنعه من التقرب إلى الأنثى عن طريق العلاقة الجنسية خوفاً من أن يحصل له ما حصل لها عندما فقد العضو التناسلي (القضيب).

٢- قد يكون الفرد حاملاً لأمه كرهاً عميقاً، ولذا فإنه يتجنب العلاقة الجنسية مع المرأة حتى لا تذكره بأمه.

٣- إن الطفل قد يكون كارهاً لأبيه وبالتالي عمم كرهه لكل الرجال وإنه يتخذ فعله الجنسي كأسلوب للعدوان عليهم.

إن هذه النظرية لا تقدم أكثر مما قدمته النظريات الأخرى ولا تتخلص من العجز الذي ظهر على النظريات الأخرى. وعلى العموم فإن هذه الظاهرة من الشذوذ مهما كانت عواملها فإن علاجها يعتمد على الحياة الاجتماعية السليمة والمعاملة العائلية الصحيحة والتربية الجنسية الواعية من قبل المؤسسات ذات العلاقة.

ويريد المؤلف أن يتطرق إلى تلك الدراسات والنظريات السابقة على أنها حتماً نظريات علمية ولكن لا تصلح في مجتمعنا صاحب القيم والأخلاق والمثل العليا وحاول المؤلف أن يتطرق لها لأنها موجودة فعلاً في كل المجتمعات ولكنها نسبية في الوجود.

الإفراط السلوكي عند الأطفال

إن الإفراط السلوكي عند الأطفال يؤدي إلى حالة من الارتباك والاضطراب بكل ما يحيط بهم من آباء وأمهات ومعلمين ، وحتى الجيران إذ غالباً ما يتعذر على الذين حوله من احتواء فعاليته المفرطة التي لا تكل ولا تهدأ وسرعان ما يتشتت تركيز وتفكير القائمين على رعايته ويتعذر عليهم التكهن بما سيقوم به الطفل فيما بعد أو الاحتراز له أو متابعته، أو توفير طلباته أو اللحاق به والسيطرة عليه ، فهو يبدو مسلوب الإرادة رغم أنه يتحرك كما يريد.

ويلاحظ أن هناك تبايناً واسعاً في الحركة بين الطفل السوي والطفل المفرط وذلك بسبب ما يصيب الأول من تعب وملل بينما يبقى الثاني جامحاً لا يكل ولا يمل ولا يتعب.

إن مظاهر السلوك الاجتماعي والانفعالي الشائعة عند الأطفال مفرطي الفعالية غالباً ما تنعكس على عملية التعلم ، مما يزيدها صعوبة وتعقيداً فهذه الظاهرة تمثل انحرافاً عن المعايير العادية لسلوك الأطفال بكل ما يترتب على ذلك من آثار اجتماعية وانفعالية سلبية وغالباً ما يكون هؤلاء الأطفال من الفاشلين في الدراسة والأميين وربما العابثين بنظام واستقرار المجتمع ، إن هذه المظاهر من فرط الفعالية تؤدي دوراً خطيراً في تكيفهم المدرسي الذي كثيراً ما يعاني من طبيعة هذه المرحلة ، خصوصاً في الصفوف العليا وقد أصبحوا أكثر تضامناً في مواجهة السلطة المدرسية وأكثر حيلاً وتحدياً لسلطتها وإدارتها حيث إن إفراط الفعالية مرتبط بصورة كافية مع صعوبات مترابطة في انسجامه مع الأطفال الآخرين كما أشارت إلى ذلك الكثير من الدراسات.

وقد تبين من الملاحظات التربوية أن أداء التعليم للأطفال مفرطي الفعالية متقلب، ويكون هذا التقلب من يوم إلى آخر ، ومن جهة إلى جهة أخرى ، حيث إن أعمال هؤلاء الأطفال تكون أحيانا ممتازة وتفشل تماماً في أحيان أخرى بالإضافة إلى تقلبه داخل الموضوع خاصة عندما يكون ضمن جماعة.

تعريف الإفراط في الفعالية :

عرفه (werry and douglas) أنه مستوى مزمن متزايد مـن الفعاليـات الحركيـة التي تثبت شكوى مستمرة من البيت والمدرسة مع التركيـز عـلى الفعاليـة الحركيـة فقـط. (عبد الرحيم فتحي السيد، ١٩٨٠).

ثم تعريف (Barkley) : هو علاقة اضطراب الانتباه الذي يظهر في الطفولة المبكرة (قبل الرابعة) ولا يرتبط مع إضطرابات حسية واضحة أو حركيـة أو نفسـية أو عصـبية أو تخلف عقلي.

وعرّفه طنطاوي وعجلات:

اضطراب سلوكي بعد النشاط الحركي المفرط ونقص أو قصور مدة الانتبـاه والانـدفاع أهم مكوناته.

- **الطفل المفرط الفعالية:**

عرّفه الخولي في عام ١٩٨١م، طفل دائم الحركة لا يركز طويلاً على أي شيء ولا يستقر في النوم ليلاً وقد يدل على سوء التكيف ويكوّن حيلاً دفاعية.

مميزات افراط الفعالية

تعد أهم مميزات إفراط الفعالية هي المميزات التي وضعتها الجمعية الأمريكيـة للطـب النفسي (DSM) والتصنيف الدولي كمنظمة الصحة العالمية (I c d) ومن أهم المميزات:

١- الفعاليه المفرطه: Hyperactivity

(هي إحدى خصائص الأفراد المضطربين انفعاليا أو سلوكيا وهي صفة تظهـر بصـورة متكررة٠ وهؤلاء الأفراد يتصفون بأنهم يمتلكون مسـتواً عاليـاً مـن النشـاط الحـركي غـير الطبيعي). (مصطفى الإمام، ١٩٨٣).

هذه الصفة تتصل دائماً بالطفل الـذي تكـون حركتـه مسـتمرة، إذ تأخـذ منـه هـذه الحركة وقتاً مضاعفاً، ويظهر الطفل صعوبة البقاء في مكان واحد، ولا يكف عـن الحركـة المستمرة سواء أكانت هذه الحركة شـاملة للجسـم كلـه أو لـبعض أجزائـه، وهـو سريـع الانفعال ولا يستطيع الاستمرار في تأديـة عمـل مـا ويمكـن أن تظهـر هـذه الأعـراض في جملتها أو بجزأ منها بدرجة متفاوتة عند الأطفال المختلفين أو عند الطفل الواحد في

الأوقات المختلفة، وتظهر هذه الأعراض عند كلا الجنسين، إن فرط الفعالية ليس سيئاً بالضرورة إلا أن ضعف الانتباه والتركيز هو الذي يؤثر تأثيراً سيئاً على تحصيل التلميذ ويحط من إنجازه إلى أدنى حد، ويتعلق فرط الفعالية أيضاً بالصعوبات المترابطة في انسجامه مع الآخرين.

٢- نقص الانتباه Short Attention Deficit

هي الميزة الثانية التي يتصف بها الأطفال مفرطو الفعالية ويقصد بها عدم قدرة التلميذ على تركيز انتباهه على العنصر الرئيسي من عناصر الموقف، أي الصعوبات التي يواجهها في النشاط الذي يقوم به وهناك نوعان من نقص الانتباه:

(الأول هو : الاستجابة غير العادية للمثيرات الداخلية العارضة، وترك المثير الأساسي في موقف التعلم، ويتمثل هذا النوع في التلميذ الذي ينشغل بأشياء تمنعه من متابعة الدرس، أو التلميذ الذي يقاطع المعلم ليسأل أسئلة ليس لها علاقة بموضوع الدراسة.

ثانياً: الاستجابة للمثيرات غير الجوهرية في الموقف إذ ينجذب انتباه التلميذ بعيداً عن النشاط ومثل هذا السلوك يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى ضعف الانتباه إذ لا يكون الطفل قادراً على تركيز انتباهه سوى مدة محدودة من الوقت).

ويصف كوفمان الطفل الذي يعاني من هذه المشكلة بأن لديه ضعفاً في القدرة على الانتباه الانتقائي Poor Selected Attention فهو لا يستطيع توجيه اهتمامه للمثيرات المهمة التي تمكنه من إنهاء المشكلة.

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن الأطفال مفرطي الفعالية يمتازون بمدى انتباه قصير وذهول في السمع والبصر واضطراب في الإدراك الحسي.

ثالثاً: السلوك الاندفاعي (التهور) Impulsive Behaviour

إن الأطفال الذين يظهرون أشكالاً من السلوك الاندفاعي يقومون بأفعالهم تحت ضغط فجائي غير متوقع، وهؤلاء الأطفال يفعلون الأشياء أولاً ثم يفكرون فيها بعد ذلك.

وتعزى هذه الخاصية إلى عدم قدرة الطفل في السيطرة على سلوكه الاندفاعي بالإضافة إلى عدم اهتمامه بالموقف والنتائج المترتبة على سلوكه ومثال على ذلك التلميذ

الذي يجد نفسه مدفوعاً لإظهار قوته عن طريق ابتزاز الآخرين، أو توجيه كلمة لأحد أو سحبه بقوة عندما يصبح على تماس معه.

ويظهر السلوك الاندفاعي بقوة عن طريق عدم قدرة الطفل على تأجيل إشباع حاجاته مثل التلميذ الذي يحب أن يحصل على انتباه المعلم المباشر، أو الذي يسأل بصورة مستمرة هل عملت هذا الشيء بصورة جيدة أم لا؟

ولقد قسّم (جاريز) وآخرون ١٩٧١م السلوك الاندفاعي إلى صنفين :

١- **الاندفاع السلوكي Behaviour Impulsivity:** ويعني ميل الطفل من نشاط إلى آخر في الصف.

٢- **الاندفاع الفكري Intellectual Impulsivity:** أي الميل إلى الاستجابة بسرعة في الموقف أو المشكلة.

- **أثر العوامل الوراثية في فرط الفعالية : Genetic Factors**

إن العوامل الوراثية التي تقف خلف الفعالية المفرطة تعتمد على الانتقال الوراثي للجينات ذات الأشكال المتعددة التي تشمل التشوهات الكروموسومية والارتباطات الجسمية والارتباطات الجينية، إن فرط الفعالية يحدث عادةً في الأقارب من الدرجة الأولى والثانية للأطفال مفرطي الفعالية أكثر من أقارب الأطفال الاعتياديين، وهناك دراسات عديدة حول عدد قليل من الأشخاص لا تسند فكرة فرط الفعالية بوصفه شكلاً وراثياً.

٣- الاضطرابات البايوكيماوية Biochemical Disorder

برز عدد من النظريات لاضطراب الكيمياء الحياتية تفسر فرط الفعالية وتعد نظرية (واندر) ١٩٧٣م أكثر النظريات اكتمالاً، وترى هذه النظرية أن المواد الكيماوية التي تعمل بوصفها ناقدات عصبية في الجهاز العصبي مفقودة بكمية كافية بالأطفال مفرطي الفعالية، لأن الناقلات العصبية تزودنا بالواسطة التي من خلالها ينتقل الحافز من الخلية العصبية إلى الخلية العصبية الأخرى.

٤- ارتفاع مستوى الرصاص في الدم:

إن التسمم بالرصاص أو التعرض له يمكن أن يسبب مرض الدماغ الشديد والناجون غالباً ما يبدون اضطرابات نفسية تشمل عدم الاستقرار وقلة الانتباه، فتناول

الرصاص بصورة مباشرة أو غير مباشرة يقود إلى فرط الفعالية وإلى التخلف والموت في أكثر الأعراض شدة، إن مصدر الرصاص بصورة رئيسية هي أصباغ الرصاص، وفضلات المصانع ونتاجات الكازولين، وقد وجد أن هناك علاقة أكيدة بين فرط الفعالية وزيادة مستوى الرصاص، وقد وجد أن الأطفال الذين استلموا علاجاً للرصاص اختفى لديهم سلوك فرط الفعالية.

٥- المطيبات الغذائية:

إن الاستجابة المختلفة للألوان الغذائية والحوامض معروف بأنها تسبب أعراضاً فيزياوية مثل الربو وقلة الشهية لدى بعض الأطفال إذ وجد (كروك) في عام ١٩٧٥م في دراسة شملت (٥٥) طفلاً من مفرطي الفعالية كان لديهم حساسية لأطعمة حامضية وبالأخص قصب السكر، أي أن إزالته من غذاء هؤلاء الأطفال يقلل من فعاليتهم ومن المطيبات الغذائية التي يمكن أن تزيد من حركة الطفل هي الليمون والبرتقال والفراولة والشاي والطماطم والحلويات والآيس كريم والهمبركر، وقد تؤدي الجرعات الكبيرة للمطيبات الغذائية إلى أداء ضعيف في مهمات التعليم وقد يكون هناك تأثير وقتي سريع على السلوك، ومن المهتمين بهذه الحالة (Fein Gold) الذي اقترح دواءً لهذه الحالة سمي بإسمه.

٦- التعرض للإشعاع (Radition Stress)-

إن الحقائق عن التعرض للإشعاع قليلة بسبب قلة الدراسات في هذا المجال وإن كان بعضها يشير إلى أن أشعة (x-Ray) من التلفزيون الملون يمكن أن يكون لها علاقة بفرط الفعالية، وقد ينتج التأثير نفسه عند التعرض لضوء (الفلورسنت) وهذا ما أكدته سلسلة من الدراسات من خلال طلائها للفلورسنت، إذ وجدت أن السلوك يقل أو يمكن أن يزول.

العوامل البيئية

تعد العوامل البيئية من الأسباب المهمة التي لها علاقة مباشرة بإفراط الفعالية، ويُعد البيت والمدرسة والأقران ذو تأثير في جميع السلوكيات التي يصدرها الفرد ومن العوامل البيئية:

تربية الطفل:

(فرط الفعالية قد ينتج من الضغط النفسي الذي يعـاني منـه الطفـل في نظـر بعـض البحوث ، وإن مصدر الضغوط النفسية هما والدا الطفل، ويمكن أن تكـون نتاجـاً تابعـاً لحاجاته، فتظهر على الطفل علامات حالـة فـرط الفعاليـة، فالطفـل هـو ضـحية للبيئـة وليس العكس، ويعد فقدان الإسـناد العـاطفي سـبباً لفـرط الفعاليـة) ، ويرجـع فقـدان الإسناد العـاطفي إلى تضـايق الوالـدين مـن حركـة الطفـل الزائـدة التـي تـؤدي إلى قلـة استجابة الوالدين للطفل، ولذا يقوم الطفل بإزعاجهم، وتزيد المسافة بينهم حتـى تصـل إلى النقطـة التـي عنـدها يكـون الطفـل لـيس لديـه أي إسـناد عـاطفي، وقـد يفقـد الاستراتيجيات القليلة المؤثرة التي يتعامل بها مـع الضـغوط النفسـية التـي تعـرض لهـا سـابقاً، ومـن العوامـل البيئيـة الأخـرى حجـم العائلـة وكثافتهـا حيـث تكـثر السـلبيات الاجتماعية في عوائل الأطفال مفرطي الفعالية.

إن شكل التفاعل العائلي يمثل تفاعـل الطفـل مـع الاضـطرابات النفسـية في العائلـة التي تشمل إدمان الكحول والقلق المزمن وكآبة الأم المتكررة وهذا مـا يزيـد مـن نسـبة إصابة الأطفال بفـرط الفعاليـة، وذكـر (Ross) في عـام ١٩٧٦م أن تـدخين الأم وشربهـا الكحول خلال الحمل يمكن أن يقـود إلى تلـف الخلايـا العصـبية للجنـين التـي يمكـن أن تؤدي إلى فرط الفعالية.

إن سلوك فرط الفعالية مؤثر جداً من أفراد العائلة، فأكثر توجهات العائلة غالبـاً مـا تكون للطفل فرط الفعالية لأنه من الصعب التعامل معه، إذ إن سلوك الطفل كثـيراً مـا يجب الانتباه إليه أكثر من أقرانه، ونتيجة لحركاته الزائدة، فإن الطفـل يقـدم اعتـذارات لعدم نجاحه في أية مهمة تسند إليه.

(التشخيص)

إن تشخيص فرط الفعالية يجب أن يكون فقط للأطفال الذين لـديهم دلائـل لمسـتوى عالٍ من الفعالية التي لا تخدم أهداف مفيدة للأطفال الذين يقاومون التعلـيم وللحـالات المرتبطة مع الاندفاع والتهور، وعملية التشخيص تشمل الملاحظة المنظمة والمقصـودة مـن قبل المرشد وتقدير المعلم لحالة الطفـل وتقـارير الوالـدين والأقـران والأصـدقاء، وكـذلك

التشخيص السريري الذي يبين فيما إذا كان هناك تخلف عقلي أو مرض عصبي أو غير ذلك.

وأخيراً إن مظاهر السلوك الاجتماعي والانفعالي الشائعة عند الأطفال مفرطي الفعالية غالباً ما تنعكس على عملية التعلم مما يزيدها صعوبة وتعقيداً، فهذه المظاهر تمثل انحرافات عن المعايير العادية لسلوك الأطفال ، وإن هذه المظاهر تؤدي دوراً خطيراً في تكيفهم المدرسي.

إن المعلمين والآباء والأمهات هم في حقيقة الأمر الأشخاص الذين يوكل إليهم بشكل أساسي دور الرعاية الأولية للأطفال الذين يظهرون أشكالاً من الانحراف الانفعالي والاجتماعي، ويظل الصف الدراسي هو المكان الذي يقضي فيه الأطفال الوقت الأكبر وإن وجود هؤلاء الأطفال في صفوف العاديين قد يؤدي لتشتت انتباههم ولأن زيادة حركته قد تعيق الأطفال عن الجو الدراسي المرغوب فيه، لذا قد يفضل هذا الطفل في بناء علاقات صداقة لأنه يعمل على إغاظة الأطفال من حوله، وبما أن معلم الصف هو الأكثر تماساً مع مشكلات الطفل في المدرسة فعليه أن يتفهم مواطن القوة والضعف عند الأطفال ويتخير الطرائق التعليمية والتقنيات التي تحقق له النجاح في التعليم.

إن حركات الطفل تدعو إلى مران خاص من المعلم أكثر مما تدعو إلى علاج طبي فالأشكال الشائعة من السلوك التي تهم المعلمين بالدرجة الأولى تتمثل في إخفاق الطفل في مواصلة العمل في دروسه، نظراً لأنه يترك مقعده في الصف ويضايق التلاميذ الآخرين أثناء تجواله في الصف، ويقدم الأعذار لذلك واحداً بعد الآخر، والواجب يدعو إلى التطلع نحو وسائل تقنيات تساهم في تشخيص ومعالجة الحالات الخاصة من التلاميذ وما يصاحب هذه الحالات من مشكلات سلوكية نفسية اجتماعية مدرسية، تقف عقبة في وجه التلميذ وتحد من قدراته على العمل المدرسي.

الإبداع The Creativity

عندما يبدأ أي باحث جولته أو رحلته العلمية يحتاج منه الأمر أن يعرف مسالك الطرق ووسائل الوصول مستخلصاً كل ذلك من تعرفه على ملامح وصفات هذه الرحلة وما تؤدي إليه.

وهذا الذي تبدأ رحلتنا إليه في داخل الإنسان هو عالم أقل ما يمكن أن يُقال عليه العالم الرائع لحقيقة الإنسان.

ويدور سؤال قديم عن كنه هذا العالم الذي يدعم كافة خيال الإنسان، فهو ظاهرة أثارت الإنسان منذ القدم الأمر الذي نشاهده خلال رحلة التطور الإنسانية من محاولة تفسيره وربطه بالأساطير والخرافات ووصل الأمر أن الصق به ولفترة طويلة سنوات المرض العقلي والنفسي وأصبح الإنسان المبدع إما إنساناً ملهماً يأتيه الإلهام دون سائر البشر في لحظة يفتقد فيها طبيعته الإنسانية أو أنه ذلك المريض المعتوه الذي يؤتى بسلوك غير طبيعي، ولكننا سوف نحاول أن نقترب هنا من هذه الظاهرة لنعرف حقيقته علمياً.

السؤال الأول الذي يشغل الأذهان هو ما هو تعريف هذه الظاهرة؟

ظاهرة الإبداع أو الابتكار:

يصادف المؤلف صعوبات عديدة لمحاولة وضع تعريف واحد ظاهر ومحدد للابتكار، الأمر الذي نجد أننا أمام سيل من التعاريف بهذه الظاهرة ويرجع ذلك إلى مشكلة المحك الذي يمكن الاعتماد عليه في عملية التعريف، ويشيع بين الناس تصور للشخص المبتكر على أنه موهوب في بعض الخصائص التي لا يملكها سائر الناس العاديين، وهذا التصور كان يدين به أصحاب نظرية الملكات، والآن فهو مرفوض فالإنسان العادي يختلف عن الإنسان المبدع ولكن الاختلاف بينهما في الدرجة وليس في النوع. كما أن هناك خلطاً قد شاع حتى بين علماء النفس ألا وهو الخلط بين الموهبة الابتكارية وبين الارتفاع في نسبة الذكاء، فلفظ عبقري وهو أصلاً لوصف أصحاب الإنتاج الابتكاري يستخدم لوصف أصحاب نسب الذكاء المرتفع بشكل غير عادي، وهذا ما دفع بظهور أبحاث عديدة للبحث في العلاقة بين الذكاء والابتكار، وقد أثبت هذه الأبحاث وجود علاقة أن

يتصف المبدع بالذكاء العالي ولكن لا يشترط أن يكون جميع الأذكياء مبدعين كما أثبت

ذلك كل من (جيزل وجاكسون)، ويعرض لنا فرو تعريف الابتكار على أساس تحديد معين فهو يرى الإبداع أو الابتكار بمعنى خلق شيء جديد يمكن أن يراه أو يسمعه الآخرون كأن يكون تصويراً أو نحتاً أو موسيقى أو شعراً.. الخ).

كما يقول (شتاين) عنها بأنها عملية ينتج عنها عمل جديد يرضي جماعة ما، أو تقبله على أنه مفيد.

أو كما يقول (فوكس) بأنه عملية تفكير من شأنها أن تحل مشكلة ما بطريقة أصيلة مفيدة.

أو هو كما يقول باتلت بأنه نوع من أنواع التفكير الظاهر الذي يخرج عن السائد أو المألوف (القوالب العادية) وقدم خبرة من شأنها أن تؤدي إلى جديد.

ويحدد عبدالسلام عبدالغفار ويقول عنه أنه عملية يحاول فيها الإنسان أن يحقق ذاته وذلك باستخدام الرموز الداخلية والخارجية التي تمثل الأفكار والناس، وما يحيط بنا من مثيرات لكي ينتج إنتاجاً جديداً بالنسبة إليه أو بالنسبة لبيئته على أن يكون هذا الإنتاج نافعاً للمجتمع الذي يعيش فيه.

وقبل أن يعرض (جيلفورد) نموذجه الخاص بتكوين العقل ، فإنه يحذرنا وخاصة من الشكوك التي سوف تواجهنا حينما نعتمد على اختبارات الذكاء المبنية أساساً على محك التحصيل الدراسي، والشكوك تدور حول إمكانية تغطية هذه الاختبارات الابتكارية، وقد اكتشف (جيلفورد) في هذا الإنتاج المشتمل على ٢٤ قدرة على ٢٣ قدرة بمنهج التحليل العاملي وهي تفسر بمحتوياتها الأربعة (الأشكال، والرموز، والمعاني) ومعظم مجالات التفكير الإبتكاري عدا الموسيقى. نكتفي بهذا حيث إنه من الصعوبة أن يتم عرض كل تعاريف الابتكار.

عملية الإبداع The Creative Process

هل حقيقة هذه العملية هي نوع من السحر أو المرض؟ قال القدماء أم أنها عملية خلق جديد لشيء نافع مفيد؟

يقول هلمهولتز Helmholtz أن التفكير الإبـداعي يمـر بمراحـل محـددة – وقـد أطلق ولاس – Wallas أسماء على هذه المراحل هي:

١- الإعداد Preparation

٢- الاختمار In Cubation

٣- الإشراق Illumination

٤- التحقيق Verifcation

ممَ تتكون العملية الإبداعية ؟

هذه القدرة تختلف في ماهيتها عن باقي القدرات التي استطاعت اختبارات الذكاء المختلفة عن قياسها، ونجد أن جيلفورد Guilford وزملاءه قد أثبت وأيدت بحوثهم من وجود قدرات إبداعية مستقلة عن القدرات العقلية التي تقتبسها اختبارات الذكاء.

وفي محاولة قياس مكونات القدرة الابتكارية لا بد أن تسلم حتى الآن بقصور وهدم تمثيل الاختبارات التي أعدت لقياس الابتكار عن تمثيل أو قياس الظاهرة تماماً.

ولكن تمكنت العديد من البحوث من التعرف على مكونات وعوامل القدرة الابتكارية وهي:

١- الطلاقة Fleuncy : وهي قدرة الشخص على إعطاء أكبر عدد من الأفكار السليمة في وحدة زمنية معينة لمشكلتها التي تواجهه ويعطي لنا د. فؤاد أبو حطب تصوراً معلوماتياً لهذا العامل وهو الحل التباعدي للمشكلات تحت ظروف قلة المعلومات ويتحدد كمياً بعدد الاستجابات التي تصدر عن المفحوص.

٢- المرونة Flexibilty : وهو التحرر من الجمود في التفكير والبعد عن النمطية حيث يحاول الفرد إعطاء أفكار وآراء مفيدة ولكنها غير متشابهة وغير نمطية ولا تخضع لتقسيم أو لمعيار واحد ولتصور فؤاد أبو حطب المعلوماتي أنها الحل التباعدي للمشكلات تحت ظرف وفرة المعلومات، وتتحدد كيفياً بأنواع الاستجابات التي تصدر عن المفحوص.

٣- الأصالة Originality : وهي الاستجابات الجديدة التي يؤتي بها الفرد لمثيرات معينة موجودة وهذه الاستجابات غير معروفة وغير موجودة وتلعب قدرات التحويل في نموذج جيلفورد دوراً هاماً في تكوين هذا العامل.

٤- الحساسية للمشكلات Sensitivity Problems : وهذا العامل يعتبره ويلسون أهم مكونات الإبداع حيث تظهر وبشكل واضح الفروق بين المبتكر وغيره في درجة حساسية لوجود أي مشكلة تحيط به.

ونضيف هذه العوامل المرتبطة بالعوامل المكونة للإبتكار وهي:

أ. القدرة على التجديد لما هو معروف أو متفق عليه وهي تتفق هنا مع الأصالة.

ب. القدرة على إعادة التجديد وإيجاد علاقات جديدة لأشياء معروفة.

ت. القدرة على سرعة التكيف بالنسبة للمواقف الجديدة.

ث. القدرة على المرونة التلقائية والتعبير الحر.

الدافعية والإبداع Motivation and Creativity :

يعتبر هذا الجانب في دراسة الإبداع جانباً يستحق الاهتمام لما يلقيه من أضواء وما يقوم به لكشف الظاهرة وأسبابها ولوجود سمات خاصة وقدرات معينة يتمتع بها الشخص المبتكر يلعب الدافع والحافز دوراً كبيراً في ظهور أو منع الإنتاج الإبداعي للفرد. نستطيع من خلال زاويتين للرؤية أن نتعرف على دور الدافعية :

الجانب الأول، يتعلق بالعوامل النفسية حيث نجد أن الحاجة الداخلية إلى التقدير وتحقيق الذات من الدوافع التي تؤدي إلى الابتكار ونجد أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي يعتبرون الدافع للابتكار يرجع إلى عملية الإعلاء أو التسامي للدفعات الجنسية المكبوتة أو أنه نتيجة لمجهودات الدفاع ضد هذه الدفعات غير المقبولة من المجتمع حيث يتجه العمل الابتكاري إلى خفض التوتر الناشئ عن الحاجة لهذه الرغبات الجنسية.

الجانب الثاني، وهو خاص بالظروف البيئية المحيطة بالشخص المبتكر بكل ما فيه من عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية قد يكون لها دور في مساعدة المبتكر أو في إحباطه ومنعه من العمل.

مستويات الابتكارية

لقد توصل (ارفنج تايلور) إلى ٥ مستويات للابتكار، الاختلاف فيما بينها اختلاف في الدرجة والعمل والمجال وليس في النوع وهي :

١- المستوى الاول: التعبيرية expressive وهي شبيهة برسوم الاطفال التلقائية بحيث نجد ان التعبير فيه مستقل وبلا قيود والمهارة والاصالة ونوع الناتج فيه غير ذات أهمية .
٢- المستوى الثاني: الانتاجي prodictive وفيه يظهر الميل لتقييد اللعب الحر وتحسين الأسلوب.
٣- الاختراعي Inventive: في التصوير مثلاً طريقة جديدة مثيرة لتصور الشخص حيث يظهر الاختراع والاكتشاف في هذا المستوى وهو يشمل المرونة في الإدراك علاقات جديدة وغير عادية بين الأجزاء التي كانت منفصلة.
٤- ابتكارات التجديد أو الاستحداث : مستوى لا يظهر إلا لعدد قليل وهو يتطلب تعديلاً هاماً في الأسس أو المبادئ الأساسية التي تحكم ميداناً كلياً في الفن أو العلم.
٥- الابتكارية المنشقة Emergentive : حيث نجد فيها مبدأ أو افتراضاً جديداً تماماً ما ينبثق عن المستوى الأكثر أساسية والأكثر تجريداً.

مشكلة الدراسات الابتكارية The Problems of the Creative study

أولاً: مشكلة المحك Critrion

نجد أن عنصر الثقافة يلعب دوراً كبيراً في مشكلة المحكات، ذلك لاختلاف ما هو ابتكاري عن ما هو تقليدي تبعاً لاختلاف الثقافات ولاختلاف العصور، مما أدى إلى تعدد المحكات ومحكات اختيار الأفراد المرتفعي الابتكارية، مما أدى لتوجيه النقد للمحكات الثابتة، ومن المحكات المستخدمة في تعيين المبتكرين، محك تقدير المدرسين للتلاميذ المبتكرين وعلاقتها بمقاييس مستقلة للابتكار، كما استخدم تقدير التلاميذ لزملائهم أو لأنفسهم في الابتكارية، كما أن هناك اهتمام متزايد باعتبار النواتج محكات للابتكارية.

ثانياً: مشكلة الاختبار

وحينما نتناول مشكلة اختبارات الابتكارية نجدها تعاني من مشكلة هامة وهي مشكلة ترجع إلى الصدق، بمعنى أن تكون نواتج أو نتائج أي فرد في الاختبار معبراً

حقيقياً في مجالات أخرى وفي مراحل أخرى زمنية لاحقة، أي إمكانية التنبؤ بالابتكارية من خلال الاختبار.

وقد ظهرت بعض الطرق و المناهج لحل مشاكل الدراسات الابتكارية، منها طريقتان أو منهجان وهما لتحرير التفكير الابتكاري من قيوده ولتعلمهم وإظهار هذه القدرة لدى الأفراد، وهما:

١. **أسلوب أليكس أوزبورن A . Osborn (العصف الذهني).**

وهو أسلوب لزيادة القدرة على حل المشكلة، وذلك باستدعاء تيار متصل من التداعيات والأفكار بطريقة حرة وغير ناقدة، ومعه تتحرر التداعيات اللاشعورية التي لها علاقة بالحلول الاستبصارية، وعن هذا الطريق يتراكم عدد كبير من التداعيات قبل أي تقويم.

بينما يعترض (دونالد تايلور) على هذا المنهج ويعتبره مسؤولاً عن كف الحلول الابتكارية.

٢. **طريقة تأليف الأشتات:**

حيث يعتبر أن العقلي اللاشعوري في عمليات التفكير العشوائية لا ينتج علاقات وتداعيات وهذا المنهج يبدأ من نقطة وهي إعداد ميكانيزمات شعورية تساعد الفرد على استخدام كل العناصر العقلانية، ومن هذه الميكانيزمات، هي : (الانعزال، الاندماج، التأجيل، التأمل، الاستقلال الذاتي للموضوع).

وقد حدث لهذه النظرية تطور يؤدي الى إعادة ظهور هذه الميكانيزمات بطريقة إرادية وهي تستخدم عمليتين:

جعل الغير مألوف مألوف	وجعل المألوف غير مألوف
وذلك بتحليل الموقف وفهمه	ذات طابع تمثيلي

بمعنى التمثيل الشخصي والمباشر والرمزي

وهذه الطريقة أكثر تنظيماً وأكبر في إمكانياتها رغم عدم شيوعها وذلك لاعتمادها على استخدام الأحوال السيكيولوجية والجوانب الانفعالية.

هناك نقطة أخيرة حول شخصية المبتكر وصفاته وسماته، ونلخصها فيما يلي:

يتصف المبتكر عموماً بالذكاء وحب الاستطلاع والنشاط والانفتاح على الخبرة المرتبطة والقدرة على الملاحظة وحب المغامرة والمجازفة والمثابرة والاتزان الانفعالي والرغبة المتزايدة في التجديد والمرونة وعدم التقيد بالمألوف.

٥

الفصـــل الخامس

محتويات الفصل الخامس

- الطب النفسي نشأته وفروعه وطرق علاجه
- تعريف الطب النفسي
- نشأة الطب النفسي
- الطرق الحديثة في العلاج النفسي
- اضطرابات القلق
- النظريات التي تفسر القلق
- أسباب القلق
- أعراض القلق
- علاج القلق
- الاضطرابات الرهابية
- اضطرابات الهلع
- الاضطرابات المزاجية
- الهوس
- عصاب الوسواس والقهر
- الاكتئاب
- ذهان الهوس الاكتئابي

الطب النفسي نشأته وفروعه وطرق علاجه

تعريف الطب النفسي

لابد لنا في البداية من تعريف النفس وهي كلمة إغريقية الأصل وتعني العقل وقد جاءت هذه الكلمة من قول العرب "عقل الدابة" وتعني ربط فخذها إلى ساقها بحبل لكي لا تهرب "العقال هو ذلك الحبل". (ثابت، ١٩٨٦).

وتعد الظواهر العقلية من أهم وظائف المخ وتعني النفس جهاز، وتأتي وظيفة النفس في التوفيق بين رغبات الإنسان وبين دوافعه المشروعة وغير المشروعة وذلك ضمن البيئة المحيطة به.

* أما الأمراض النفسية والأمراض العقلية فليس هناك فرق بينهما إلا من حيث كون الأمراض النفسية أخف وألطف من الأمراض العقلية عند سماعها.

* الطبيب النفسي: هو طبيب وقد تخرج من كلية الطب متخصصاً في إحدى فروعه وهو الطب النفسي.

* أما الطب النفسي: "فهو فرع من فروع الطب وليس فرعاً من فروع علم النفس اهتم بدراسة وعلاج المشاكل والاضطرابات والأمراض النفسية وطرق الوقاية منها سواء أكانت هذه الأمراض ناشئة عن عوامل في الجهاز النفسي أو أسباب عضوية" .

"الطب النفسي: Psychiatry هو نوع من الطب يتعامل مع الصحة العقلية يشمل دراسة كل اضطرابات العقل: الأسباب والتطور، المعالجة والتدبير والوقاية"(شيخو، ١٩٨١م).

فروع في الطب النفسي أهمها:

* الطب النفسي الأسري:

لقد نشأت مدرسة الطب النفسي الأسري في أواخر الأربعينات وكانت نشأة هذا الفرع ناتجة عن أهمية الأسرة والدور الكبير والمهم الذي تلعبه في حدوث الاضطرابات النفسية، إضافة إلى تأثير المضطرب نفسه في الأسرة، من أجل

خدمة الأسر المعاصرة والملاءمة هذا التطور والتقدم، أخذ الطب النفسي الأسري ينتشر إذ إن الطب النفسي الأسري يهتم بالأسرة التي فيها مريض نفسي بنفس الطريقة التي يهتم بها بالمريض نفسه إذ إن الأسرة تكون هدفاً للعلاج أيضاً، وفي كثير من الأحيان فإن المضطربين نفسياً قد يشفون بسبب زوال التوترات من الأسرة وعودتها إلى حالة من الهدوء والراحة.

والطب النفسي- الأسري يعمل على دراسة المحيط الأسري كاملاً من جيمع النواحي الاجتماعية، الاقتصادية والدينية- العادات- التقاليد- الظاهر منها والباطن.

نشأة الطب النفسي:

إن الأمراض العقلية وسلوك الإنسان كان في الماضي ينظر إليه ويفسر- على أنه ناتج عن قوى خارقة أو نتيجة لسخط الآلهة. أو على أنها نتيجة لتفاعل القوى الخارجية مع عناصر الإنسان الداخلية، أي أن تفسير هذه الأمراض والاضطرابات كان مبنياً على الأوهام والخرافات، فقد كان الناس ينظرون إلى المرض على أنه مغضوب عليهم من الآلهة أو أنهم منبوذين وقد كان هناك الكثير من الاعتقادات حول هذا الموضوع منها اعتقادات الإغريق بأن الروح هي المسببة لهذه الأمراض.

- أما الرومان فقد اختلفوا عنهم حيث اهتم هؤلاء بالنواحي الاجتماعية والتطبيقية للطب النفسي، وقد عمدوا إلى تقسيم الأعراض إلى أعراض قابلة للشفاء وأخرى غير قابلة للشفاء، وعملوا على حماية المرضى الذين كانوا يعاملون بقسوة وكان يتم نبذهم.

- أما العرب فقد كان للعالم الطبيب ابن سينا أثر كبير في إثراء العلوم العربية في عصره وكان له اهتمام في الطب والطب النفسي وظهر ذلك في كتابه "القانون" حيث لخص في هذا الكتاب كل ما قدمه العرب أو شاركوا فيه عن الطب فقد تطرق ابن سينا إلى أن أسباب الجنون أو العته إما أن تكون الشدّة في الحب أو الحرمان منه، الثراء أو الفقر، الإفراط في الأكل أو الحرمان منه.

بعد ذلك جاء على الطب فترة عرف بها عهد السحر وكان هذا في العصور الوسطى وقد تطرقنا لذلك من خلال حديثنا عن اعتقادهم بالشيطان والسحر ومعاملة المريض معاملة سيئة ونبذه.

أما في مرحلة القرن السابع والثامن عشر وهو ما يعرف بعهد النهضة الأوروبية فكان هذا عهد التحول والتغيير من الظلمات إلى النور حيث كان فيه الأطباء قد أنكروا دور السحر والشيطان وغيره مما عمدوا في الماضي إلى جعله السبب في الإصابة بهذه الأمراض النفسية، وفي هذا العهد انتشرت بعض المدارس منها فراسة الدماغ و "المغناطيسية الجسمية" وفيها إشارة إلى أنه من الممكن التعرف على طبيعة الشخصية من خلال شكل حجم الرأس وما يبرز عليها من نتوءات.

وقد أنشئت أولى المستشفيات النفسية في العباسية ١٨٨٠م، وهذا وكان يوجين كريبلن (E.kraeplin) رائد الطب النفسي في ذلك القرن حيث قسم الأمراض النفسية لأول مرة إلى الزهو والاكتئاب ومرض العته المبكر (الفصام أو الشيزوفرينيا).

ظهرت بعد ذلك مدارس التحليل النفسي والتي نعلم مدى اهتمامها باللاشعور وأهميته في ظهور الأمراض النفسية ومن أوائل روادها (فرويد ويونغ).

أي أن الطب النفسي قد بدا بوصف وتصنيف الأعراض, أما الأسباب فلم يصل إليها الأطباء إلا بعد ذلك. واستمرت الأبحاث لمعرفة الأسباب وتطرقت إلى دراسة خبرات الطفولة-عوامل التنشئة- التهور على السلوك الخاطئ وغيرها, بعد ذلك ظهرت الحضارة وما تحمله من تحديات كسبب من الأسباب. إلى الطب النفسي، وقد زاد نتيجة ذلك تقدير الطب النفسي وزادت فروعه منها الطب النفسي الاجتماعي. الطب النفسي البيئي- الطب النفسي الأسري.

"أما غاية الطب النفسي الحديث فهي أن يتحرر المرء من الوهم والعادات والمعتقدات التي تعوق أو تحد من انطلاقه".

فإن كان عليه آباؤنا وأجدادنا وما نحن عليه وما سيكون عليه أبناؤنا وأحفادنا فإننا نشعر بتناول آراء تطور هذه العلوم المهمة وما وصلت إليه.

ولعل من أبرز الأطباء الذين ساهموا في مجال الطب النفسي في القرن التاسع عشر هم (ديادوفسكي وألينسكي) حيث أكد هؤلاء على دور البيئة في سرعة الإصابة بالذهان.

وقد ظهرت العديد من الاكتشافات المتعلقة بالمخ وأعضاء ووظائف الجسم المختلفة من دراسات العلماء المتتابعة عبر القرون للوصول إلى جذور الأمراض النفسية وتفسيرها وكيفية علاجها.

ومع نهاية القرن التاسع عشر قام بلنسكي (Balinsky، 1827-1902) وهو من روسيا بتقسيم الطب النفسي والأمراض العقلية إلى:

١- أمراض عصبية.

٢- اضطرابات عقلية

أما الطبيب النفسي الألماني يونهايفر (Bonheffer 1868-1998) فقد ساهم في ميدان الطب النفسي بشكل كبير من خلال تركيزه على العوامل الخارجية التي تظهر على المريض ويمكن من خلالها الوصول إلى معاناة الفرد الداخلية.

أيضاً ما قدمه بارلور (Parlor 1849-1936) فيما يتعلق بنشاط الجهاز العصبي وربطه ببعض الاضطرابات العقلية التي تغيب الأفراد.

وهناك عدد لا يحصى من الأطباء وأعلام الطب النفسي وما قدموه من إسهامات في هذا المجال على مختلف الجوانب والميادين العلمية سواء في أسباب الأمراض- طبيعتها- التشخيص- العلاج، إضافة إلى سبل الوقاية من الإصابة بهذه الأمراض. (المالح ١٩٩٥م، ثابت ١٩٨٦م).

صعوبات ثبات التشخيص:

"يقصد بالتشخيص معرفة كم المرض أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة أو مظاهر

الشذوذ أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض أو عن طريق معرفة أصل الاضطراب ومنبعه ومجرى نموه، كذلك يقصد بالتشخيص Dingnosis تصنيف الفرد على أساس سمات معينة". (العيسوي، ١٩٩٤).

"وكذلك يمكن تعريف التشخيص على أنه هو هذا الفهم المتكامل الذي يتكون عند المتعالج عن الاضطرابات الذي تناوله الفحص وهو فهم ينقله المعالج عادة إلى لغة تقرير متكامل مكتوب يعتمده أساساً في رسم مخطط المعالجة"(نعيم الرفاعي، ٢٠٠١).

أما كلمة التشخيص Dingnosis فهي إغريقية الأصل وتعني "الفهم الكامل" والتشخيص يضم عدد من الخطوات والعمليات وهي: تحديد الاضطراب-الملاحظة- تحديد الأعراض- الوصف- تطور الاضطراب- تحديد الأسباب والتحليل والتصنيف- العوامل التي أدت إلى حدوثه وذلك من أجل التوصل إلى طبيعة المشكلة وأساسها, إضافه إلى وضع خطه العلاج ومتابعة وتقويم هذه الخطة

"فإن التشخيص هو تقويم خصائص شخصيه المسترشد (قدراته وإنجازاته وسماته)".

أي أن التشخيص إضافة إلى جمع المعلومات والتي تتم إما عن طريق مقابلات فحوص طبية- فحوص اجتماعية- سجلات تعليمية- مهنية.....الخ تنسيقها وتنظيمها وذلك من أجل التخطيط للمستقبل.

والتشخيص قد يكون تصنيفياً بسبب تصنيف الاضطراب أو ديناميكياً وهذا يعتمد على تقدير الأعراض والعلاقات والعوامل.

أما الأخصائي النفسي الإكلينيكي فهو في عملية التشخيص يستند إلى نظريته الشخصية وإلى خبرته وممارسته لهذا الموضوع. (حمودة، ١٩٩٠).

ولكن هناك من ينادي بلزوم التشخيص كونه يرسم خطة العلاج، والبعض ينادي بعدم لزوم التشخيص حجتهم في ذلك هو وجود مخاطرة في سير عملية العلاج إضافة إلى وجود تحيز في عملية العلاج.

لذلك فلابد أن يكون التشخيص أو يتصف بالشمول والموضوعية والدقة من أجل أن يفي بالغرض المطلوب، كذلك فإن التشخيص لابد أن يطوّر طرقاً من أجل التعامل مع حالات الثبات والتعبير، خاصة أن التشخيص هو عملية مستمرة يجب أن لا تنتهي قبل بدء العلاج مع وجود تنبؤ بطرق العلاج مع وجود احتمالات بخطأ في التشخيص.

أما (ثورن) فقد وضع تصنيفات تشخيصية للاضطرابات منها: الحسية, الإدراكية- اضطرابات الذاكرة- اضطرابات اللغة- إضافة إلى الحالات التي تقع بين الاضطرابات النفسية والعقلية، ويرى ثورن أن للتشخيص عدة أنماط وهي:

١) التشخيص الفارقي:

وهو دراسة أسباب الحالات النفسية من خلال سؤال الشخص عن ماذا يفعل ولماذا؟.

٢) التشخيص الإكلينيكي:

في هذا التشخيص يحدد طبيعة الحالة وعدم التكامل منها إن كان حاداً أو مزمناً أو عابراً والتشخيص هنا ينتقل من لحظة إلى لحظة.

٣) تشخيص المركز الوجودي:

هذا النوع من التشخيص يهتم بالديناميات التكاملية للذات، وذلك في أثناء قيامها بوظائفها وهذه تتم ضمن الإطار المرجعي الوجودي للشخص.

٤) تشخيص تدبير أو إدارة الحياة:

وهنا السؤال عن ماذا يفعل الشخص في حياته وتقويم سلوكه الاجتماعي الزواجي- المهني......الخ.

٥) التشخيص التنبؤي:

من خلال سجل حياة الفرد مع أخذ العوامل الخارجية بعين الاعتبار. وكون الإنسان هو أهم ما في الطب النفسي. وليس نوع المرض كما هو الحال في الطب العضوي فإن هناك تعريفاً بالمرض سواء من حيث الجنس أو السن.

وهناك محاور لعملية التشخيص هي:

١- الحالة الإكلينيكية المرضية.

٢- اضطراب الشخصية المصاحب.

٣- الاضطرابات الجسمانية المصاحبة.

٤- الضغوط النفسية والاجتماعية التي أدت إلى حدوث المرض.

١- مستوى التكيف الاجتماعي الوظيفي (استغلال وقت الفراغ). (حمودة، ١٩٩٠).

أما خطوات التشخيص في العلاج النفسي فهي:

١- التعرف على نوع الاضطراب هل هو وظيفي أو عضوي ؟

٢- العوامل الجسمية للمرض سواء أكان عضوياً أو وظيفياً والتمييز بين العوامل الأولية والثانوية.

٣- قياس النشاط غير العادي في الاضطراب العضوي أو الوظيفي.

٤- تقييم الشخصية من حيث مدى تفاعلها مع الاضطراب.

٥- تقييم عوامل الموقف أي مدى تأثير الاضطراب على الشخص من حيث مواجهته للبيئة المحيطة.

٢- تفسير ديناميكية التكامل للحالة المضطربة وذلك من خلال جميع العوامل التي حددت الاضطراب. (الزيود، ١٩٩٨).

أما أهداف التشخيص منها:

١- تحديد عوامل الإصابة بالمرض.

٢- عملية التمييز بين الاضطرابات العضوية والوظيفية.

٣- بناء درجة العجز العضوي أو الوظيفي.

٤- التنبؤ بمسار الاضطراب.

٥- تحديد أسس المنهج العلاجي الذي سيتم استخراجه.

٦- تحديد أسس مناقشة الحالة المرضية أو مع أقاربه.

* أما أساليب التشخيص فإنها مختلفة وذلك تابع للهدف من إجرائها، إضافة إلى اختلاف المؤسسة التي تقوم به فقد يكون من أجل بيان الأعراض أو من أجل بيان تأثير نوع من العلاج.

والتشخيص المثالي يتطلب فريقاً للقيام به من أجل الحصول على معلومات في المجالات الطبية- النفسية- الاجتماعية- التاريخية- وهؤلاء هم متخصصين في الطب والطب النفسي والخدمة الاجتماعية وعلم النفس الإكلينيكي.

أما التشخيص النفسي فإنه يعتمد على ملاحظة المريض- مقابلته، إضافة إلى تطبيق الاختبارات النفسية المتنوعة، والقيام بهذه المقاييس والاختبارات تساعد الباحث على التأكد من وجود أو عدم وجود السمة، إضافة إلى درجة وجود السمة أو مدى سيطرتها. (العيسوي، ١٩٩٤ ، حمودة، ١٩٩٠).

الطرق الحديثة في العلاج النفسي

طرائق العلاج الطبي النفسي: Psychiatric Treatment

لقد ظهرت العديد من الطرق الجديدة والحديثة في مجال الطب النفسي نتيجة للتقدم والتطور العلمي وأعطت هذه الطرق نتائج جيدة في مواجهة الأعراض النفسية والعقلية والتي كان يسودها الغموض، وأصبحت الآن أكثر وضوحاً وإشراقاً نتيجة لظهور أساليب علاجية ناجحة وأدوية فعالة شافية، أي أن هناك لكل حالة مرضية أكثر من علاج، كما أن للمريض الحرية في اختيار الطريقة المناسبة في علاج ما يعاني من أمراض وهذا يرتبط بمدى وطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب النفسي المتفهم والمتطلع على ظروف وحالة المريض، وذلك أن هذه العلاقة لابد وأن تقوم على الثقة المتبادلة بين الطبيب والمريض حتى يستطيع الطبيب أن يقوم بواجبه تجاه المريض، وأن يوضح له طبيعة مرضه وأن يأخذ موافقة المريض على الأسلوب العلاجي الذي سيستخدمه معه الطبيب بأسلوب واضح وهادئ يستطيع المريض فهمه، حيث إن الطبيب هنا يكون مسؤول عما يقوم به، ودور الطبيب النفسي لا ينفي وجود جوانب علاجية أخرى نفسية واجتماعية- أو تأهيلية. أي أن هناك فريقاً يقوم بعملية العلاج النفسي Tramapproach، ويشمل الأخصائيين والكوادر المتدربة ولكن يكون الطبيب النفسي هو المسؤول وعلى رأس هذه القائمة مجتمعة. (عبدالله، ١٩٨٥).

والعلاجات النفسية والطبية تنقسم إلى:

أولاً: العلاج النفسي: Psychotherapy

"العلاج النفسي هو الذي يهدف أساساً إلى معالجة النفس ابتداء، بغية أن تنظم أحوالها. فتقضي على المرض النفسي بكل آثاره النفسية والبدنية"

ولعل ما يعانيه الإنسان العادي لا يقل عما يعانيه المريض النفسي إلا أن الفرق بينهما أن الإنسان العادي يعيش في حالة من التكيف والأمن على حين أن

المريض النفسي يختل التوازن لديه وتضعف العوامل الطبيعية التي قد تفاقم الضغوط التي يتعرض لها المريض في حياته.

هنا يظهر دور العلاج النفسي أو الإرشاد النفسي ويقوم به المعالج كونه أكثر خبرة وموضوعية وحكمة فيما قد يتعرض له المريض النفسي من مشكلات والتي يحتاج فيها إلى حل وتفسير وتعرف على أسباب هذه المشكلات والتي قد يكون يجهلها لتعرضه للمشكلة، حيث إن تقديم المعلومات أو الإرشاد للمريض سواء أكان ذلك عن طريق الآباء- الأمهات- المعلمين التربويين الأخصائيين يعد من أنماط العلاج النفسي، والعلاج نكيفه مع متطلبات الحياة المحيطة إضافة إلى مساعدته على التغلب والمعالج هنا يقف إلى جانب المريض ويأخذ بيده وقد شبه المريض النفسي بالبناء المتصدع، وهو حين يتصدع فإنه بحاجة إلى تدخل لإعادة بنائه وترميمه أو من أجل هدمه وإنهائه، هنا لابد من الإشارة إلى بعض الأمثال التي وردت في هذا المجال من حيث كون تشبيه المرض بالبناء المتصدع وأن سبب هذا التصدع قد يكون بسبب إزعاج ساكني هذا البناء والمقصود هنا بالسكان هو الأطوار اللاشعورية لدى الفرد والتي تسعى إلى الخروج مما يؤدي إلى حدوث صراعات داخل الفرد وظهور المرض النفسي فيما بعد، كما أنه قبل بأن إغلاق المبنى كان خاطئاً مما حرم على سكانه الخروج إلى خارج المبنى والقيام بالأمور الطبيعية التي كان لابد لهم من القيام بها والمقصود هنا المواد المكبوتة لدى الفرد والتي تؤدي إلى تصدع البناء النفسي وظهور المرض. (العظماوي، ١٩٨٢ ، عبدالله، ١٩٨٥).

ولكن لابد من الإشارة إلى أن العلاج وتأثيره يرتبط بعدة أمور منها طبيعة المرض- وشخصية المريض وهذا تابع لوضع المشكلة التي قد تحتاج إلى علاج يسيطر كمشكلة عابرة وبسيطة، كما أنه قد تحتاج إلى علاج طويل وإلى التعرف على خصائص شخصية المريض ومكوناتها والبحث عن أسباب هذه الأمراض أو الاضطرابات النفسية.

العلاج النفسي :

١- العلاج النفسي الفردي:

يتم استخدام هذا الأسلوب من العلاج النفسي من قبل الطبيب النفسي الذي يستخدمه مع مريض واحد فقط ويأخذ هذا العلاج عدة جلسات مع المريض إلى حين ظهور تحسن على حالة المريض.

٢- العلاج النفسي العائلي:

هذا الأسلوب يشمل بالإضافة إلى المريض نفسه الوالدين والزوج والزوجة والأولاد أو غيرهم إن وجد، ويتم في لقاء عائلة المريض وذلك لكي يتسنى لـه الاطلاع على العوامل العائلية أو العاطفية التي أدت إلى ظهور المشكلة لدى المريض والعمل على تحليلها. (العظماوي، ١٩٨٤).

٣- العلاج النفسي الجماعي (Group Therapy):

"هو عبارة عن مناقشة جماعية أو مناشط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد ويعرفه (جيمس دويفد) "بأنه أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السيسودراما والسيكودراما" (العيسوي، ١٩٩٤).

أي أنه أسلوب من أساليب العلاج النفسي الذي يقوم به الطبيب النفسي ولكن هنا يعالج الطبيب مجموعة من المرضى ممن لديهم مشكلة متشابهة منها حالات الإدمان أو الاضطرابات السلوكية، بحيث تكرس فيها روح الجماعة من أجل فهم أفضل وتحقيق العلاج للمرضى.

ثانيا: العلاج الفيزيائي Physical Therapy:

وهو نفسه بالصدمة الكهربائية أو ما يدعى e.c.t وهو اختصار Electro Convalsive Therapy

وهذا أسلوب آخر من الأساليب العلاج ويستخدم هذا الأسلوب جهاز مولد لنوع من التيار الكهربائي بحيث يمر عبر قطبين في رأس المريض ونتيجة لذلك فإن المريض يفقد وعيه مما يؤدي به إلى العودة إلى تحسن وضعه النفسي

والعقلي وعودته إلى الحياة العادية , بالنسبة لعدد مرات استخدام هذا العلاج فهي بين (٥-٧) مرات موزعه على أسبوعين تقريبا, أول مره استخدم فيها هذا الأسلوب كانت لعلاج حاله من الفصام وذلك عام ١٩٣٧م.

ولكن لابد من الاشاره إلى أنه وعلى الرغم من تحسن الحالات التي تم علاجها بهذا الأسلوب ألا انه لم يعرف السبب الذي يؤدي إلى ذلك، ولقد حدث الأسلوب من العلاج إضافه إلى أنه من الممكن أن يوضع على جانبي رأس المريض أو على جانب واحد.

وبالنسبه للحالات التي تعالج عن طريقه هي الفصام كما ذكرنا والكآبة النفسية الشديدة والهوس .

ثالثا:العلاج الدوائي :chemical therapy:

لعل أكثر التطورات أوضحها ظهورا كان في مجال العلاج بالأدوية حيث إن معظم الحالات المرضية النفسية أصبحت تعطي علاجا دوائيا ودون أن يكون لها أعراض أو مضاعفات جانبيه .

أما بالنسبة للأدوية فإنه من الممكن أن تنقسم إلى:

١- المهدئات أو المنومات Hynotics and Sedatires؛ منها لومينال- أميتال Amytal- باراليهايد- كلور الهايديرات.

٢- المطمئنات الكبرى (العقلات) majar Thanguillizers، ومنها الفينوثيازين- ستلازين- سيرئيس- ديبكوسول.

٣- الفرحات أو كاسحات الهموم والأحزان Antidepressants ، منها توفوانيل- النارديل- البارنيت Parnate.

٤-المطمئنات الصغرى Anti Anxiety- Minor Tranquillzer ، ومنها اللبويوم- الفاليوم- مبروباميت.

٥- أدوية متفرقة منها:

أ- الليثيوم Lithium وذلك لعلاج حالات الهوس المتكرر.

ب- الأدوية المنشطة Stimulants من أجل علاج الحالات السلوكية.

جـ- الأدوية المخففة للطاقة الجنسية مثل Stilboestrol. (العظماوي، ١٩٨٤).

رابعاً: العلاج التأهيلي Occupational Therapy

يهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى تأهيل المرض أو تكوين مهارات لدى المرضى والذين ما يكونوا في الغالب إما عاجزين أو عاطلين عن العمل بسبب المرض، وهذا النشاط التأهيلي يخصص له قسم في كل مستشفى يسمى المشغل وقد كانت الأعمال فيه مقتصرة على المهن الخفيفة والبسيطة كالخياطة والتطريز والرسم على القماش وغيرها. ويشرف على هذا القسم كوادر مؤهلة ومعالجون تأهيليون Occupational Therapists، يقضي هؤلاء معظم وقتهم مع المرضى لتطوير وتنمية المهارات لدى المرضى، والتي بدورها تساعد المريض على استعادة ثقته بنفسه وبالحياة ككل إضافة إلى مساهمتها في عودة المريض بصورة فعّالة ومنتجة إلى المجتمع.

وكما ذكرنا تطور العلاج التأهيلي فلم يعد مقتصراً على التدريب وتمضية وقت الفراغ فمثلاً أصبح تأهيل المرأة المريضة تأكيداً على دورها في البيت وشؤون المطبخ وشراء الحاجيات، كما أنها تعمل على تأهيل الرجل المريض للعمل إما داخل المستشفى أو بأماكن قريبة إلى المستشفى مع إشراف المعالجين التأهيليين والممرضات النفسيات جنباً إلى جنب مع دعم ومتابعة الطبيب النفسي المعالج. (الجادري، ١٩٩٠، العظماوي، ١٩٨٤).

خامساً: العلاج بالجراحة:

هذا النوع أو الأسلوب من العلاج لا يلجأ إليه إلا في حالات نادرة جداً تم استخدامه لأول مرة على يد الجراح البرتغالي موينز (Monez 1939) وفي حالة عدم وجود فائدة من جميع الأساليب الأخرى إذ إن هذا الأسلوب يشفي من الأعراض المرضية وليس من الأمراض، وهو يستخدم في حالات العدوان والهياج في الفصامي حيث يتم قطع الألياف التي تصل بين الفص الجبهي في المخ وبين الثيلاموس مما يخفف من حدة الهلاوس والهذيان، كما أنه يمكن الإشارة هنا إلى استخدام هذا الأسلوب في علاج اكتئاب سن اليأس مع الحرص

الزائد من أجل عدم إحداث تلف في المخ، إضافة إلى علاج الوسواس القهري- والتوتر- والقلق المزمن.

من هم فريق الطب النفسي ؟

إن الأنواع والأساليب المختلفة من العلاج لابد وأن تتم تحت إشراف فريق كامل متكامل للقيام بعمله على أكمل وجه وهؤلاء هم:

١- الطبيب النفسي: وهو الطبيب الذي حصل على شهادة وتخصص الطب في مجال الأمراض النفسية والعصبية، والطبيب النفسي يقوم بفحص المريض جسمياً وتشخيصه إكلينيكياً، وهو الوحيد الذي يقوم بوصف الدواء للمرض والقيام بعمل جلسات كهربائية للمرضى.

٢- الأخصائي النفسي: يقوم الأخصائي النفسي بمشاركة الطبيب النفسي عملية التشخيص وذلك من خلال إجرائه وتطبيقه للاختبارات النفسية كما أنه يشارك في فهم حركات وديناميات المريض النفسية والعمل على علاجه نفسياً وذلك بعد حصوله على تدريب كافٍ بهذه الأمور.

٣- الأخصائي الاجتماعي: ويتلخص دوره في فهم الظروف الاجتماعية للمريض والعمل على مساعدته في الجانبين المادي والاجتماعي إضافة إلى تقديم العلاج الاجتماعي والبيئي المتعلق ببيئة المريض المحيطة.

٤- الممرضة النفسية: هي أكثر الأعضاء من الفريق اقتراباً من المريض بعد أن تكون قد تلقت التدريب الخاص من أجل كيفية فهم ومعاملة المرضى النفسيين، وتقوم الممرضة بتنفيذ طلبات وأوامر الطبيب النفسي من حيث إعطاء العلاج أو ملاحظة نفسية وسلوكات المريض أو ملاحظة وقياس الوظائف الحيوية من حيث ضغط الدم والحرارة والنبض، والتي من خلالها يتم تعديل العلاج من قبل الطبيب المعالج.

الطرق الحديثة للعلاج النفسي

العلاج عن طريق اللعب:

يستخدم هذا الأسلوب من العلاج مع الأطفال وهو من الأساليب التي لا تعتمد على الكلمات وإنما تعتمد على الاستجابات التلقائية والتعبيرات التي يصدرها الأطفال من ذواتهم أثناء اللعب من خلال متابعة الأطفال أثناء اللعب يتبين أنه يتعدى كونه تفريغ للطاقة الزائدة. بل أن الأطفال يعبرون من ذواتهم من خلاله، فالطفل أثناء اللعب قد يمثل حلاً لمشكلة يعاني منها تماماً كما يتحدث الشخص الكبير عن مشكلة لديه، والعلاج عن طريق اللعب يساعده في إعادة تكيف الطفل وفي حل مشاكله.

وهناك مجرة خاصة باللعب يتم إعدادها إعداداً خاصاً وتزويدها بمواد اللعب والتي تشبه إلى حد كبير الأشياء الحقيقية، من حيث الأثاث أو بيت اللعبة أو أثاث كبير- بنادق- سيارات- حيوانات- وذلك من أجل إمكانية حصول اللعب التعبيري (Expcessire Play).

ومن خلال هذا الأسلوب من العلاج فإن المعالجين النفسيين يستخدمون الممارسات العلاجية الموجودة في الأساليب الأخرى.

ومن أشكال العلاج باللعب علاج الراحة Releae من خلال المكعبات وأدوات الرسم يعبر الطفل عن توتره، ويتخلص من التوتر بهذه الحالة، وهذا النوع من العلاج باللعب يعطي الطفل فرصة التعبير عن انفعالاته وخاصة العدوانية منها من خلال كسر الدمى أو رمي الصلصال أو تمزيق الورق، وهذا النوع من الخراب والدمار الذي يقوم به الطفل تكون ضمن إطار محدد ومسموح به، فالسماح للطفل بتدمير أشياء قيمة لديه أو ممنوعة عنه يزيد من شعوره بالذنب وبالتالي فإن العلاج يصبح بلا فائدة.(احمد،١٩٩٠، العزة، ٢٠٠١، العيسوي، ١٩٩٤).

كما أن هناك أدواراً كثيرة يؤديها اللعب مما دفع الكثير من العلماء إلى دراسة اللعب والاهتمام به من حيث المظاهر والأشكال سواء عند الإنسان أو الحيوان مع تفسير أعراضه ودوافعه.

وهناك العديد من النظريات التي تفسر هذه الظاهرة منها:

١- النظرية التلخيصية: "تنطلق هذه النظرية من الافتراض القائل بأن اللعب تلخيص للماضي وأن الإنسان منذ ميلاده وحتى اكتمال نضجه يميل إلى المرور بنفس الأدوار التطويرية التي مر بها تطور الحضارة البشرية منذ ظهور الإنسان على وجه البسيطة إلى الآن" .

وتعبر ستانلي هل (Stanly Hall) وهنري بت (Henry Bet) وتورندايك (Thorndite) من أصحاب هذه النظرية، ويذكر هؤلاء بأن لعب الإنسان والحيوان هو تعبير عن غرائزهم الفطرية والتي يشتركون فيها مع من سبقهم ولكن بصورة لا شعورية أي كأنه يقوم بتلخيص النشاط الماضي.

٢- النظرية الإعدادية "ربط (كارل روجرز) مفهوم اللعب بصراع البقاء، كما نادى به (داروين) كأساس لنظريته في تفسير اللعب على أنه لون من ألوان النشاط الغريزي الذي يلجأ إليه الإنسان والحيوان ليتدرب على مهارات الحياة أو مهارات البقاء الأساسية وليتقنها استعداداً للصراع من أجل البقاء"(العزة،٢٠٠١ ، ٤٠٨).

حيث يرى هؤلاء بأن ألعاب الأطفال ما هي إلا تقليد لما يقوم به الكبار من أعمال وأدوار في الحياة سواء تدبير البيت والأمومة المرتبط بألعاب الأطفال بالدمى والعرائس وغيره.

٣- النظرية التنفسية: إذ ترى هذه النظرية بأن اللعب هو وسيلة للتنفيس عن مشاعر الأطفال المكبوتة بحيث يعمل الطفل على تفريغ شحنات الألم عن طريق اللعب ودون أن يعترض له أحد.

إضافة إلى نظرية الطاقة الفائضية (هيربرت سبنسر) والنظرية التحليلية والنظرية التفاعلية (جان بياجيه).

تمثيل الأدوار:

لعب أو تمثيل الدور من حيث المنهجية هو أقل من السيكودراما ولكن التمثيل هو نتيجة للسيكودراما، ويكون هذا ضمن أربعة مواقف متنوعة ومختلفة الأهداف وهي:

١- المواقف الواقعية: هذه المواقف تعمل على إعداد وتأهيل المرضى من أجل مواجهة المواقف المختلفة والمتنوعة والتي سيعرضون لها بعد خروجهم من المستشفى بعد أن يكون هؤلاء قضوا وقتاً طويلاً في المستشفى فإنهم سيواجهون مشاكل بعد ذلك منها على سبيل المثال في حالة تقديمهم للعمل في بعض الوظائف.

٢- المواقف التشجيعية: والمصممة خصيصاً من أجل تشجيع روح الجماعة ومن أجل التوحد والتقمص ولكي يفهم المرضى شخصياتهم بشكل أفضل، وقد يمثل هذا من خلال العلاقة التي تكون بين الممرضين وبين المرضى أو نزلاء المستشفى ويكون نتيجة ذلك الالتزام بقوانين المستشفى وعدم خرق القوانين إضافة إلى طبيعة العلاقة الودية والمعاملة الحسنة.

٣- المواقف المخصصة من أجل التخلص من الانفعالات المكبوتة والمحبوسة، كان يظهر مشهد تمثيلي للمريض ويعبر فيه عما يرغب أن يقوله للطبيب عندما رفض طلبه بالخروج في الإجازة، أو أن يعيد تمثيل موقف غير سعيد حدث مع شخص آخر كزوجته مثلاً.

٤- المواقف الخاصة بحل الصراعات: أو إعادة التعليم الانفعالي قد تظهر هذه من خلال تمثيل المريض لشخصية ابن يتعرض للحماية الزائدة من قبل أمه الأرملة والتي يظهر من خلال سلوكها معه رغبتها في تملكه لشدة حرصها عليه، كأن يخبرها برغبته بترك البيت والحصول على عمل والزواج.

من خلال مثل هذه المواقف فإن المريض يستبصر الدوافع والمشاكل الخاصة به والخاصة بالآخرين، ويكون النتيجة لذلك تنمية العلاقات الشخصية الأكثر إيجابية. (العيسوي، ١٩٩٤، العزة، ٢٠٠١).

السيكودراما:

لقد ظهر هذا الأسلوب من العلاج أول ما ظهر على يد الطبيب النفسي الروماني الأمريكي مورينو (J.L.Marino) حيث بدأ باستخدام هذا الأسلوب في فينا ومن ثم أمريكا عام ١٩٢٥م.

في هذا الأسلوب يتم تشجيع المسترشد على أن يقوم بتمثيل قصة أو حدث أو موقف وهذا الموقف أو القصة يتم اقتراحها من قبل المسترشد نفسه أو من قبل المعالج، إن الموقف العلاجي لكي يتم إذا فاته لابد من تواجد كاتب السيكودراما إضافة إلى الجماعة العلاجية، هذان العنصران وهما يمثلان الجماعة والبطل، أضف إليهما وجود مشكلة، تعد هذه مجتمعة هي ركائز العملية العلاجية، وفي أثناء عملية التمثيل فإن المسترشد يبدأ بالكشف عن صراعاته وانفعالاته وعن عناصر شخصيته، السيكودراما هنا تلعب دوراً في عملية التطهير، حيث إن المسترشد يعبر عما لديه من الشعور بالغيرة والذنب، كما أن السيكودراما أيضاً لها أهمية في مساعدة المسترشد على التلقائية وهي تظهر عندما يقوم المسترشد بإعادة تمثيل موقف قديم بحيث يتسنى لـه فهم هذا الموقف بصورة أفضل كما أنه يتعلم مواجهة المواقف أيضاً، كل هذا يساعد المسترشد في التنفيس عن الانفعالات المكبوتة وتحريره منها.

إذاً السيكودراما "هي عبارة عن منهج لمساعدة المسترشد للتطهير النفسي عن طريق تمثيله أدواراً مختلفة على خشبة المسرح، وتصمم فيها الأدوار بحيث تكشف معاني هامة في بعض العلاقات الاجتماعية عند المسترشد".

كما أن ستار (Star, 1977) يعرف السيكودراما على أنها من أشكال العلاج النفسي تساعد المسترشد على حل مشكلاته من خلال عملية التمثيل ومن خلال مساعدة الموجه/ أما حامد زهران (١٩٨٠) فيعرفها على أنها أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي والذي يقوم على أساس نشاطات المسترشدين من خلال المسرح وما يرتبط به من التنفيس الانفعالي وما يترتب عليه من استبصار الفرد ووعيه لذاته.

في السيكودراما عدد من الطرق والفنيات التي تستخدم في العلاج الجماعي منها:

أ- عكس الدور: وهو أسلوب يقوم فيه شخصان يتبادلان الأدوار، أي أن كل منهما يقوم مقام الآخر وهذا الأسلوب يساعد بطل الرواية على فهم نفسه ورؤيتها من خلال الآخرين، إضافة إلى فنية لعب الدور المرتبط بشخص آخر.

ب- مناجاة النفس: وهنا يطلب الموجه من المسترشد أن يتكلم بصوت عال أثناء المشي وذلك من أجل التعبير عن أفكاره وميوله وعما يفكر فيه في تلك اللحظة وعرض ذلك على الجمهور أي تقديم المعلومات لهم.

أما من حيث مميزات هذا الأسلوب كونه يستخدم في العلاج الجماعي فهي:

١- سهل التطبيق ويمكن التوسع في استخدامه.

٢- يستخدم في علاج العديد من الاضطرابات ويناسب معظم المستويات الثقافية والتعليمية.

٣- يشجع أعضاء الجماعة على المشاركة وعلى مواجهة المشكلات ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها.

أما استخدامات السيكودراما فيمكن تقسيمها إلى ثلاثة:

١- كونها وسيلة من وسائل العلاج النفسي الفردي والجماعي فهي على المستوى الفردي تساعد المريض على التخلص من حالة العزلة التي قد يعاني منها، والتعرف على هويته، أما على المستوى الجماعي فهي وسيلة لخفض التوتر لا سيما بين الجماعات الطبقية والجنسية والاجتماعية المختلفة عن بعضها البعض وتخفيف التعصب.

٢- وسيلة من وسائل التربية والتعليم: السيكودراما توضح معوقات العملية التعليمية وتوضح الصعوبات التي قد يواجهونها والتعرف على أسبابها.

٣- وسيلة للترفيه والترويج: السيكودراما تساعد على الراحة والتخفيف من حدة التعب والإرهاق فهي بمثابة طريقة من طرق الاسترخاء.

أي في النهاية فإن السيكودراما يمكن القول بأنها أسلوب علاج حقيقي واقعي يعمل على مساعدة المسترشد على الوعي بما يعاني من مشكلات والعمل على مساعدة وتعديل نفسه من خلال التعرف على جذور المرض فهي حل لمعظم الصراعات الإنسانية وما يرتبط بها من مشكلات (العزة، ٢٠٠١، سليمان، ١٩٩٩، العيسوي، ١٩٩٤، حامد، ١٩٩١).

العلاج الجماعي: Group therapy

هو عبارة عن مناقشة جماعية أو مناشط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد ويعرفه جيمس دوديفر بأنه "أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السيسودراما والسيكودراما".

أما (أنجلس) فيعرفه عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها فيقول إن أي جماعة يتوحد الفرد وإياها أو يقارن الفرد نفسه فيها، ويتقمص الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها واتجاهاتها وأنماط سلوكها كما لو كانت معاييره هو فتصبح هذه الجماعة هي جماعة المرجعية حيث يرى نفسه منتمياً إليها، وليس من الضروري أن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة" .

فالعلاج الجماعي وهو الأسلوب العلاجي الذي يتم ضمن مجموعة من المرضى يتراوح عددها بين (٣-١٥) معهم معالج متدرب على هذا الأسلوب من العلاج إضافة إلى مساعدة معالج فهي بمثابة أسرة صغيرة، ويقوم هؤلاء بتسهيل عملية التفاعل بين أعضاء المجموعة، إضافة إلى مساعدة كل عضو من أعضاء المجموعة في إحداث تغيير في شخصيته وذلك من خلال فهم ديناميات التفاعل.

أما عملية اختيار أعضاء المجموعة فلا به أن يكون هؤلاء متجانسين من حيث الاضطراب النفسي الذي يعانون منه، فمريض العصاب العقلي لا يوضع مع المصابين،

والعلاج الجماعي يساعد الأفراد على التخلص من المخاوف المكبوتة لديهم وتحقيق الذات أما الاهتمام بالعلاج الجماعي فقد برز أكثر خلال الحرب العالمية الثانية، إذن ظروف الحرب تزيد عدد المرضى في الوقت الذي لم يكن فيه عدد كاف من الأطباء، وقد كان يتم علاج الضرر من خلال الجماعة. بعد ذلك ثبتت أهمية العلاج الجماعي لما به من الأخذ والعطاء ، فمن خلال وجود الفرد في الجماعة وملاحظة وسماع مشاكلهم فانه يشعر أن هناك العديد من الناس الذين يعانون مما يعاني هو منه . وأنه ليس الوحيد في ذلك إضافة إلى جعله عضواً من أعضاء هذه الجماعة ، ويتوحد معهم وبذلك فانه يشارك مع الجماعة ويتخلص مما لديه من الشعور بالعزلة.

والعلاج الجماعي عدة أنواع منها:

١ـ العلاج الجماعي عن طريق اللعب ويظهر استخدامه مع الأطفال من حيث الألعاب ،الرسم،الأنشطة الإبداعية مما يساعد الأطفال على التحرر من انفعالاتهم وإعادة التعلم الانفعالي .

٢ـ العلاج الجماعي التعليمي : يتميز بوجود محاضرات ومناقشات رسمية يلقيها المعالج أو الطبيب النفسي أو العقلي ، ولكن لضعف هذا الأسلوب فأنه لا يستخدم كثيراً في الوقت الحاضر .

٣ـ العلاج الجماعي بالمقابلة : وهذا يتضمن مناقشات جماعية يشارك فيها كل عضو من أعضاء المجموعة ، إذ قد يستخدم الطبيب فيها إحدى مهارات العلاج الفردي كالتفسير والتحويل ، ويختار الأطباء الأسلوب الذي يناسب أعضاء المجموعة ، أما مدة هذا النوع من العلاج فهي بين (٥- ١٢) شهراً .

* أما من حيث دور المعالج النفسي في العلاج الجماعي فهو الملاحظة والإصغاء لما يصدر عن الجماعة من مناقشات إضافة إلى تفسير ما يطرأ على أعضائها أثناء المناقشات من استخدام وسائل الدفاع النفسية أو المقاومة ، أو الميول العدوانية . وفيما إذا كان سلوك هؤلاء الأعضاء بناء أو هداماً مسيطراً أو غير مسيطر عليه، بعد ذلك فإن المعالج يطرح هذه

التفسيرات على أعضاء الجماعة ليعرف كل منهم صراعاته إضافة إلى اهتمام المعالج بالتفاعل الانفعالي والجنسي لأعضاء الجماعة ٠

* هدف العلاج الجماعي هو الوصول بالفرد إلى حالة من الاستقرار والتوازن الانفعالي بعد أن يتخلص من الانفعالات والمشاعر المكبوته٠ أما من حيث بقاء المريض في الجماعة العلاجية فذلك يتوقف على شفائه، كما أن وجود المعالج يتوقف أيضاً على حالة المريض الذي يشرف على علاجه ولذلك فإنه من الطبيعي أن نرى أكثر من أخصائي أو معالج يتردد على الجماعة العلاجية. أما مجالات العلاج الجماعي فهي واسعة ومتعددة ومنها :

المستشفيات العقلية والنفسية ـ العيادات الخارجية ـ الملاجئ ـ القوات المسلحة من أجل رفع الروح المعنوية أو تدريب الضباط في المصانع لزيادة الإنتاج مع النزلاء والحراس من أجل التوجيه التربوي والمهني ، المشاكل السلوكية لدى الطلاب ، التعلم العلاجي كالقراءة والكتابة ، الزواج ، الأطفال.

ويمكن الاستفادة منه في شفاء جماعات من المرض منهم :

١- المرض العقلي .
٢- مدمنو المخدرات والكحول .
٣- المجرمون والجانحون.
٤- المراهقون ، الشيوخ ، الكبار .
٥- الأرامل ، المطلقات.
٦- مرض السمنة.

وتحديد أفراد أو أعضاء هذه الجماعة يتوقف على :

١- رغبة المريض في أن يكون عضواً في الجماعة العلاجية والعمل من أجل تحسين وضعه .
٢- اختيار المسترشدين (المرضى) يجب أن يأخذ حد الوسط من حيث التجانس دون مبالغة في ذلك فمثلاً ضرورة عدم اختلاف أعضاء الجماعة من حيث

السن، الذكاء ، وحدة المرض ، كذلك عدم وجود أنواع من مرضى الذهان مع مرضى العصاب مثلاً .

وهناك ثلاثة أساليب للعلاج الجماعي وهي :

١- العلاج الموجه بالمحاضرة:

وهو سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة ويكون ذلك إما بصورة رسمية أو غير رسمية ، فقد يعرض بعض الحكايا والقصص الفكاهية أو الجادة أو مادة نفسية أو إكلينيكية ويكون فيها جذب لانتباه المريض ، ومن خلال المحاضرة فانه يتم توجيه المريض إلى الوضع البيئي والعقلي الخاص به، المساعدة على نمو الشخصية وبيان اثر الطفولة والأسرة والمدرسة في ذلك، محاولة إعداده للمستقبل من خلال إشعاره بالأمان ، وتوضيح فرص العمل والتعليم ووسائل العلاج المتاحة له في بيئته.

٢- تحليل معاني الكلمات :

وهنا يستخدم طريقة تحليل معاني الكلمات بدلا من عملية التحليل النفسي ذلك أن بعض العلماء ربط الأنماط السلوكية والانفعالية بالتفكير والاتصال اللغوي من خلال تحليل المعاني . يمكن مساعدة ذوي هذه الصعوبات السلوكية والانفعالية وهذه تشمل :

وظائف اللغة توصيل المشاعر والانفعالات لإشباع رغبات الفرد فيما يتعلق بأحلام اليقظة.

٣- العلاج عن طريق التدريب على التفكير واتخاذ القرارات:

من خلال تدريب المرض على التفكير في حل ومواجهة مشكلاتهم واتخاذ القرارات المتعلقة بهم مع ضرورة الاهتمام بالمرض من حيث: الإدراك- الحديث سلوكه بناء على ما اتخذه من قرارات ، أو من خلال ما حصل عليه من تغذية راجعة نتيجة لسلوكه إذ إنه لابد للفرد أن يتحمل مسؤولية نفسه وسلوكه، ومن هنا يكون التركيز على خبرات المريض الشخصية . وهناك مميزات للعلاج الجماعي منها :

١- الحفاظ على الوقت، ذلك أن للمعالج أكثر من مريض في جلسة واحدة .

٢- وجود الجماعة يساعد على وجود خبرات الاتصال والتفاعل بين أعضاء المجموعة ، إذ إن هناك بعض الأفراد الذين يستجيبون لهذا الأسلوب الجماعي أكثر من الفردي.

العلاج الديني:

يعرف العلاج النفسي الديني بأنه أسلوب توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم. ويقوم على معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية[١].

لعل أساليب العلاج الديني تختلف عن الأساليب الأخرى في التوافق على قسمتها بأساليب العلاج الدينوية وذلك كون الأساليب الدينية تقوم على أسس دينية، أخلاقية، روحيه، منها التوبة ، التفكير ، الغفران والعواطف الدينية.

وقد ظهرت العديد من الاتجاهات الحديثة لدى بعض علماء النفس توضح أهمية الدين ودوره في الصحة النفسية وما يلعبه من دور هام في علاج الأمراض النفسية ذلك بأن الإيمان بالله سبحانه وتعالى وقوة الإيمان بالله تمد الإنسان بالطاقة التي تكون معه له في تحمل ما يواجهه من متاعب ومشاكل واضطرابات نفسية قد يتعرض لها الإنسان في الوقت الحاضر .

لعل معظم الاضطرابات التي تعيب الإنسان تكون ناتجة عن صراع بين العديد من المواقف التي تواجه الإنسان ، فقد تكون صراع الغرائز عند (فرويد) ولكن في العلاج الديني فإنها صراع بين الخير والشر أو بين النور والظلام وبين إغواء الشيطان وهناك العديد من الأساليب العلاجية الدينية والتي تقوم على ذكر الله سبحانه وتعالى كقراءة القران – العبادة – الدعاء – الاستغفار ، ذلك أن اتباع الإنسان لهذه الأساليب وتقربه إلى الله -سبحانه وتعالى- تساعده على الشعور بالراحة والهدوء النفسي وتساعده على تخفيض هذا القلق الذي يعاني منه .

(١) موسى، رشاد علي عبدالعزيز، ومحمود محمد يوسف محمد، العلاج الديني للأمراض النفسية، (أثر الدعاء كأسلوب إرشادي)، القاهرة، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر، ٢٠٠٠.

والعلاج الديني هو بمثابة عملية إعادة تعلم للفرد فيما يكون قد تعلمه من أفكار وعادات خاطئة سواء عن نفسه أو الآخرين أو الحياة . ويسعى العلاج الديني إلى الوصول بالفرد إلى حالة نفسية متكاملة بحيث يكون هناك توافق بين سلوك الإنسان وبين المعتقدات الدينية وبالتالي الوصول إلى التوافق والصحة النفسية .

ولعل استمرار ومداومة الإنسان لعبادة الله وذكره يشعر بالقرب من الله سبحانه وتعالى مما يجعله يشعر بالثقة والقوة والطمأنينة والسعادة قال تعالى: **"وإذا سألك عبادي عني فأني قريب أجيب دعوة الداعي إذا دعان"**[1].

أما هدف العلاج الديني فهو يعمل على مساعدة المسترشد من أجل العودة إلى الدين الصحيح واتباع طريقه والالتزام بتعاليم الدين من حيث الالتزام بالعقيدة والشريعة الإسلامية .

فالعلاج الديني يسعى بالفرد إلى الوصول إلى حالة الوعي بواجباته الدينية من حيث العبادات والمسؤوليات الملقاة على عاتقه .ومنها الخلافة بالأرض والدفاع عن نفسه وعن وطنه وأمته من خلال الجهاد -و مسؤوليته تجاه مجتمعه "عن ابن عمر رضي الله عنهما قال سمعت رسول الله -صلى الله عليه وسلم- يقول : "كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته" . والأمام راع ومسؤول عن رعيته والرجل راع في أهله ومسؤول عن رعيته ، والمرأة راعية في بيت زوجها ومسؤولة عن رعيتها، والخادم راع في مال سيده ومسؤول عن رعيته ، فكلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته". متفق عليه.

أما أسلوب العلاج الديني فقد وردت الكثير من الأحاديث النبوية الشريفة التي توضح عملية الإرشاد والعلاج الديني من خلال الرجوع إليها وتفسيرها ، وفي العلاج الديني فإن هناك استخداماً لعدد من الفنيات الإرشادية العلاجية النفسية والسلوكية والدينية منها :

(١) سورة البقرة، آية ١٨٦.

١- العلاقة بين المرشد والمسترشد.
٢- الثواب والعقاب.
٣- التسامح والتوبة واعتراف الفرد بالخطيئة التي ارتكبها.
٤- الدعاء وذكر الله الدائم والصبر على ما أصابه.
٥- المكافأة والتعزيز .
٦- التعلم والاستبصار.
٧- قراءة القرآن والأحاديث النبوية.
٨- قوة الإرادة إلى جانب القيم والعادات والاتجاهات الجديدة.

هذا ويعد العلاج الديني من أفضل الأساليب التي تم استخدامها لمساعدة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم وتحقيق ذواتهم وذلك بسبب :

١- اعتماد هذا الأسلوب الديني على تعاليم الأديان السماوية وليس على النظريات البشرية.
٢- شمول هذه الأساليب لكل جوانب الشخصية – نفسية – عقلية – جسمية – دينية... الخ.
٣- يمكن النظر إليه على أنه إرشاد سلوكي بحيث يعمد إلى إعادة تعلم الفرد لسلوكيات جديدة.
٤- تعلم أساليب جديدة تساعد على ضبط الذات وتحقيق التوافق والصحة النفسية.
٥- من ميزات هذا الأسلوب أنه واقعي يقبله الفرد بسبب مناسبته للطبيعة الإنسانية والعقل الإنساني. (الشناوي، محمد محروس، ١٩٩٤).

أما عن البرنامج العلاجي اعتمد أيضاً على الأذكار والأدعية إضافة إلى القيام بالعبادات وما يصاحبها من ذكر الله وتلاوة القرآن والاستغفار والصلاة على النبي -صلى الله عليه وسلم- من أجل الوصول بالإنسان إلى الأمان والسلام النفسي والجسمي.

أضف إلى ذلك أهمية الدعاء ، والأحاديث النبوية الشريفة التي وضعها عليه الصلاة والسلام لجميع الظروف والمواقف من الطعام والشراب والنوم والخروج من المنزل وكل ما يريده الإنسان في حياته ، وأهمية هذه الأحاديث والأدعية والتزام الإنسان بها إذ أن بالدعاء والمناجاة لله سبحانه وتعالى وطلب منفعة وحاجة فدعاء الإنسان يدل على حاجته.

أما المرشد في العلاج الديني فإنه لا بد وأن يلتزم ببعض الأمور تجاه ما يصدر عن المسترشد من اعترافات:

١- تقبل المرشد لاعترافات المسترشد عن ذنوبه وآثامه.
٢- أن يكون موقف المرشد إزاء هذه الاعترافات حيادياً.
٣- أن لا تكون أحكام المرشد تحمل الإدانة للمسترشد.
٤- أن لا يشعر المرشد المسترشد بأنه حضر إلى الإرشاد من أجل أن يعاقب على الآثام التي قام بها وارتكبها.
٥- مساعدة المسترشد على أن يتقبل آثامه وتشجيعه من أجل أن يتقبل ذاته .
٦- توجيه المسترشد إلى التوبة فإن الاعتراف لا يكفي وإنما التوبة كخطوة هامة في العلاج ، فإن التوبة تساعد الفرد على احترام ذاته وتقبلها ومساعدة الفرد على التخلص من مشاعر الذنب والخوف.
٧- تكوين مجموعة من الاتجاهات والقيم منها الصمود – العمل والإنتاج – تقبل الآخرين – تبني أهداف واقعية – تحمل المسؤولية – ضبط الذات – التضحية وخدمة الآخرين – السعادة.
٨- توجيه المسترشد إلى الفحص الطبي.

الاضطرابات النفسية الجسمية وعلاجها :PSYchosomatic Disorders

((تطلق هذه التسمية على الأمراض العضوية التي يؤدي العامل النفسي دوراً مهماً في حدوثها ولكنه لا ينبغي دور العوامل المسببة الأخرى ومن أمثلة ذلك الربو القصبي – التهاب القولون التقرحي وقرحة الإثني عشر وفرط ضغط الدم الأساسي وأمراض شرايين القلب الإكليلية وبعض الأمراض الجلدية وفرط

الدرقية والتهاب المفصل الريثاني (التهاب المفاصل الروماتيزمي) والشقيقة (الصداع النصفي) وأمراض عضوية أخرى[1].

كذلك يمكن تعريفها بأنها (تلك الأمراض الجسمية الناتجة عن اضطرابات انفعالية ممتدة أو نمط معين في الشخصية التي تؤدي بدورها إلى تلف أو خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم ، حيث تتأثر صحة الإنسان النفسية بدرجة كبيرة من صحته الجسمية لأن الناحتين تتكاملان في كل واحد هو الشخصية الإنسانية بأبعادها ومكوناتها المختلفة[2].

إن هذه الأمراض تزداد يوماً بعد يوم وبشكل سريع ولا سيما في المجتمعات التي تتعرض إلى التحولات والتغيرات السريعة الحضارية والاجتماعية وما ينتج عنها ويرافقها من ضغوط نفسية يتعرض لها الأفراد.

وهنا يجدر بنا الإشارة إلى الارتباط بين نفس الإنسان وجسمه فكل ما يؤثر في نفس الإنسان يظهر على جسمه والعكس صحيح، أي أن ما يظهر على الجسم ينعكس على النفس ، ومصطلح الأمراض النفسية يستخدم من قبل الطب النفسي والباطني ومن جميع اختصاصات الطب.

أما بالنسبة لاسم هذه الاضطرابات أطلق عليها (سيكوسوماتيك) من قبل (هيزوت ١٨١٨) وذلك عندما استخدم فيما يتعلق بالأرق وسيكوسوماتي يعني اضطراب البدن والنفس.

المرض السيكوسوماتي : (مرض بدني يلعب فيه العامل الاجتماعي والنفسي دوراً أساسيا في نشأته واستمراره) [3]

الطب السيكوسوماتي وهو أحد فروع الطب التي تهتم بدراسة تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية في نشأة واستمرار المرض العضوي ، يؤكد الطب

---

(١) الجادري، عبدالمناف حسين، الطب النفسي للجميع، بغداد، دار الحرية للطباعة، ١٩٩٠، ص٩١.

(٢) الداهري، صالح حسن والعبيدي، ناظم هاشم، الشخصية والصحة النفسية، إربد – الأردن، دار الكندي للنشر والتوزيع، ١٩٩٩، ص١٠٦.

(٣) حامد، حلمي أحمد، مبادئ الطب النفسي، دار صفا للطباعة والنشر، ط١، ١٩٩١، ص١١٣.

السيكوسوماتي الجانب الإنساني للمرض ويتعامل مع جسم الإنسان في جوانبه الثلاثة، البدني والنفسي والاجتماعي.

وتنتج هذه الاضطرابات والأمراض بسبب خلل التوازن النفسي والجسمي والناتج عن ضغوط وصراعات الحياة التي يتعرض لها الفرد.

تشخيص الأمراض السيكوماتية:

هناك مجموعة من المظاهر التي تميز الأمراض النفسجسمية وهي :-

١- وجود مرض عضوي في وظيفة من وظائف أعضاء الجسم مثل الجهاز الهضمي أو القولون.

٢- وجود بعض العوامل الانفعالية التي تساعد على نشأة المرض العضوي.

٣- عملية سير المرض من حيث مروره بفترات من السكون والنشاط .

٤- أما بالنسبة لعائلات المرض السيكوسوماتين فإن التاريخ العائلي لهم يكون إيجابياً.

٥- أما شيوع هذه الأمراض فإن هناك تفاوتاً في شيوعها بين الذكور والإناث.

٦- إن هناك تناوباً في ظهور الأمراض النفسجسمية، فبعد الشفاء من مرض معين قد يظهر مرض آخر.

٧- قبل البدء في عملية تشخيص هذه الأمراض فإنه لا بد من معرفة ابعاد الأمراض النفسية إن وجدت.

الأسباب :

هناك عوامل تساهم في الاضطرابات النفسجسمية وهي :

١ـ الشدة.

٢ـ مميزات الشخصية الخاصة .

٣ـ سرعة التأثر لدى بعض الأجسام .

- تصنيف الأمراض النفسجسمية .

أ : أمراض الجهاز الهضمي وتشمل:

١- قرحة المعدة والإثني عشر.
٢- التهاب القولون التقرحي والتهاب المعدة.
٣- الإمساك والإسهال المزمن.
٤- فقدان الشهية العصبي.
٥- عسر الهضم.
٦- التهاب البنكرياس والزائدة الدودية – وغيرها من الأمراض والتي يعاني فيها الناس نتيجة الانفعالات النفسية والتوتر، وتخفف أعراضها عندما يكون الأفراد في حالة من الراحة والهدوء.

ب :أمراض الجهاز التنفسي وتشمل :

١- الربو الشعبي (العصبي).
٢- التهاب الأنف الوعائي والحساسية الأنفية.
٣- الإصابة بالنزلات البردية.
٤- حمى الكلى.

وأيضاً هذه تظهر نتيجة للضغوط النفسية المرهقة التي قد يتعرض لها الفرد المصاب.

ج: أمراض الجهاز القلبي الوعائي (اضطرابات جهاز القلب) ومنها:

١- ضغط الدم الأساسي.
٢- ارتفاع وانخفاض ضغط الدم.
٣- انسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية.
٤- عصاب القلب.
٥- الذبحة الصدرية.

د : الاضطرابات الجلدية ومنها:

١- الحكة . ٢- حب الشباب.

٣- الأكزيما. ٤- تساقط الشعر.

٥- فرط التعرق. ٦- مرض الصدفية.

٧- الشري (الأرتيكاريا).

هـ: اضطرابات الغدد والهورمونات ومنها:

١- مرض السكر. ٢- سكر الدم.

٣- البدانة. ٤- التسمم الدرقي.

و: الاضطرابات الجنسية وتشمل:

١ - العنة الجنسية أو البرود الجنسي لدى الرجال.

٢- عسر الجماع.

٣- اضطراب الحيض.

٤- العقم (الذكري والأنثوي).

٥- الإجهاض المتكرر.

٦- الحمل الكاذب.

ز: اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي وتشمل:

١- آلام الظهر.

٢- الروماتيزم (التهاب المفاصل).

٣- ضمور العضلات.

٥- العض على النواجذ (الأسنان).

٦- الصداع – الدوخة والدوار.

ك : اضطرابات الإخراج وتشمل :

١- التبول اللاإرادي.

٢- كثرة مرات التبول.

٣- احتباس التبول.

ي : اضطرابات سيكوسوماتية أخرى:

١- التعرض للحوادث والكسور.

٢- الطفل الذي لا ينمو (الطفل العناوي).

٣- الإحساس بالألم.

٤- اضطراب النوم.

٥- اضطرابات الحمل والولادة.[١]

أما من حيث علاج هذه الاضطرابات فإنه لا بد من النظر والاهتمام بالعوامل النفسية والتي تعد من مسببات هذه الأمراض وذلك عند وصف العلاج من قبل الطبيب النفسي بحيث يكون أسلوب العلاج:-

١- العلاج العضوي المناسب.

٢- تطبيق أساليب العلاج النفسي بعد عملية البحث النفسي والاجتماعي.

وتشمل عملية العلاج النفسي كما ذكرنا وسائل وأساليب العلاج النفسي وذلك تبعاً لنوعية الاضطراب النفسي ومنها ، العلاج السلوكي والتحليل النفسي وغيرها إضافة إلى العلاج الطبي كما ذكرنا.

---

(١) حامد (١٩٩١)، العظماوي (١٩٨٤) .

اضطرابات القلق anxiety disorders:

تتميز كل الاضطرابات الانفعالية Affictive Discovders بوجود اضطراب أولي في المزاج الانفعالي وقطباها الأساسيان هما الحزن العميق واليأس في حالات الاكتئاب، والابتهاج المنعش البعيد عن الاستبصار السوي في حالات الهوس، وفي حالات الاكتئاب النفسي العصابي نجد أن الاضطراب الانفعالي أخف وطأة وأنه يؤدي إلى درجة غير متوقعة من الإعاقة النفسية[١].

والخيط المشترك الذي يربط كل هذه الاضطرابات الانفعالية هو أنها تتجاوز الحد السوي وتتخطى حدود التنوعات المعتادة في الحالات الانفعالية التي تمثل جزءاً معتاداً من الحياة العقلية السوية. والناحية المميزة الثانية للتغير الانفعالي المرضي هو عدم استجابته للمؤثرات الخارجية، فالمريض المكتئب لا يمكن طمأنينته بسهولة، ولا يمكن رفع معنوياته إلى أية درجة ومثله في ذلك المريض بالهوس تحت إلحاد الذي لا يمكننا أن نحد من سلوكه المرضي عن طريق تعليقنا على هذا السلوك الشائن.

القلق الطبيعي:

يستعمل الناس كلمة القلق للتعبير في حالة من الشعور بالتوتر الداخلي أو الخوف أو التوجس، وحتماً عانى كل إنسان من القلق ويعني معنى الكلمة.. إن القلق شعور طبيعي ومتوقع ومقبول تحت ظروف معينة مثل مواجهة المخاطر الجسدية والمعنوية وشدائد الحياة التي يتعرض لها كل إنسان... والقلق "هو أحد الوظائف الهامة للدماغ حيث يعمل على تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق وذلك عن طريق رفع درجة التنبيه الذهني والعصبي وتنبيه إفراز الغدد لهرموناتها"؛ لذلك نرى أن القلق الطبيعي يساعد على التكيف ويشكل حافزاً على حل المشاكل الحياتية ومواجهتها.

---

(١) ويليس، جيمس (١٩٩٦)، الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية، ص٢١.

ويلاحظ هذا القلق عند الكثير من الأشخاص في مناسبات عديدة فمثلاً يمكن ملاحظته لدى:

- طالب الجامعة قبل الامتحان وخاصة عندما يكون استعداده للامتحان غير كافٍ.
- العاملين في ميادين التجارة حين تلوح تباشير أزمة اقتصادية.
- القائد قبل بدء المعركة.
- الأب وهو ينتظر المولود الجديد.
- الابن وهو ينتظر رد فعل أبيه على نتيجة امتحاناته غير المرضية.

ويشير القلق إلى: الحالة نفسية تحدث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية. (ملحم، ٢٠٠١).

القلق غير الطبيعي:

وهو ما يطلق عليه أحياناً بالقلق المرضي أو العصابي، ويكون متجاوزاً في شركة أو حدّته ما يقتضيه السبب، إن هذا النوع من القلق هو عكس القلق الطبيعي فهو يضعف القدرة على التكيف ويقلل من كفاءة الشخص المصاب، لأنه يصبح بحد ذاته عنصراً شاغلاً للمريض على أي مواجهة فعالة، ومستنفذاً للطاقة النفسية والجسدية. (أبو حجلة، ٢٠٠٠).

تعريف القلق:

يشير القلق إلى "حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية" ولما كان الخوف كذلك حالة نفسية توجد عند الفرد عندما يتهدده خطر ما، وكان ينطوي أيضاً على توتر انفعالي واضطرابات فسيولوجية فلابد إذن من التمييز بين الحالتين.

حيث يمكن الاختلاف ما بين القلق والخوف من حيث مصدر التهديد وسوف يعرض المؤلف الفرق بين الخوف والقلق من خلال الجدول التالي:

جدول (١) يبين الفرق بين الخوف والقلق

الرقم	الخوف	القلق
١.	مصدر التهديد محدد	مصدر التهديد غير واضح
٢.	هناك فهم للعلاقة ما بين مصدر التهديد والخوف	لا يوجد فهم لعلاقة مصدر التهديد بالقلق
٣.	بالعادة يكون الخوف عرضياً	يكون القلق طويلاً
٤.	محصور في دائرة التوتر	منتشر
٥.	يثار بإشارات مصدر التوتر	غير محددة بدايته
٦.	يتلاشى بزوال مصدر التهديد	يستمر
٧.	جذوره مكشوفة	غير محدد الجذور
٨.	محصور بدائرة التهديد	لا يوجد حدود واضحة له
٩.	نوع من الطوارئ	يزيد الحذر
١٠.	الجسد حساس لأي طارئ	الجسد حساس للحذر
١١.	نوع مبرر	نوع غير مبرر

(الرفاعي، ١٩٨١) (زهران، ١٩٧٨)

مظاهر القلق:

يظهر القلق في ثلاثة مظاهر كما وردت في (Keeble, 1997) وهي:

أولاً: مظاهر معرفية: cognitive Manifestation

حيث يتأثر تفكير تتراوح بين أفكار حول قلق خفيف إلى درجة الهلع و"يأتي الأفراد الذين لديهم أفكار حادة معتقد أن موتهم وشيك أو أن انتهاء العالم أصبح وشيكاً أو الخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية أو العقلية"[١].

ثانياً: مظاهر سلوكية: Behavior Manifastition

وتظهر هذه المظاهر في أعمال الفرد وتأخذ أشكالاً تجنب المواقف المثيرة للقلق، فالطالب الذي لديه مخاوف من التحدث أمام جمهور من الناس

(١) كيبل، ديانا (١٩٩٧)، The Management of Anxiety ، ص٣٣.

تجنب الصف الذي سوف يقدم فيه العرض، والأفراد الذين لديهم قلق شديد من الأماكن العامة ربما يبقون في البيت.

ثالثاً: مظاهر جسدية: Somatic Manifestation

وهي تمثل تغيراً بردود الفعل البيولوجية والفسيولوجية والتي تتضمن ضيق تنفس، جفاف حلق، برود الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، إغماء، توتراً عضلياً، عسر الهضم.

وفي الاضطرابات فالقلق لا يفقد الفرد اتصاله مع الواقع كما أنه يمارس الأنشطة اليومية المعتادة ويكون واعياً لعدم منطقية تصرفاته، وفي الحالات الحادة فإن الفرد يقضي معظم وقته للتغلب على مخاوفه ولكن دون فائدة.

ويصنف DSM اضطرابات القلق إلى (١١) فئة وفيما يلي تصنيف اضطرابات القلق حسب هذا التصنيف[1]:

١- اضطرابات الهلع (الفزع) Panic Disorder.

٢- اضطرابات هلع مع خوف من الأماكن الفسيحة Agraphobia With Panic Disorder.

٣- مخاوف محددة Specific Phobia.

٤- المخاوف الاجتماعية المرضية Social Phobia.

٥- الوساوس والأفعال القهرية Obsessive- Compulsive Disorder.

٦- اضطرابات ما بعد الصدمة Post Traumatic Disorder.

٧- اضطرابات القلق (الضغوط) الحادة Acute Stress Disorder.

٨- القلق العامة (المعمم) Generalized Anxiety Disorder.

٩- القلق الناتج عن وجود حالات صحية (Anxity Disorder Due To General Medical Condition).

١٠- القلق الناتج من استخدام المواد المخدرة (Substance- Induced Anxiety Disorder).

---

(١) Morrison, J (1995)، ص٢٤٦.

١١- قلق غير مشمول بالفئات الأخرى Anxiety Disorder Not Otherwise Specified. (Morrison,J. 1995)

النظريات التي تفسر القلق:

سيتعرض المؤلف إلى وجهة نظر العلماء والباحثين عن القلق فالعلماء والباحثون ينظرون للقلق ويفسرونه بآراء مختلفة منها:

أ- النظرية السلوكية:

وفقاً لهذه النظرية فإن القلق مكتسب وخلال عملية التعلم وبشكل أكثر تحديداً من خلال الاشتراطات.

ويشير الاتجاه السلوكي في تفسير القلق على أن القلق أو الخوف هما مكتسبان من خلال الاشتراطات أو العمليات التعليمية الأخرى وهذا الخوف المكتسب يولد السلوك الهروبي أو التجنبي وبالتالي يعتبر هذان السلوكان سلوك ناجحين لأنه يكتسب التعزيز من خلال خفض مستوى القلق أو الخوف.

يعتبر "إيزنك" أن استجابة القلق هي نتيجة أحداث صادقة أو سلسلة من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لا إرادي، على افتراض بأن المثيرات العصبية السابقة تصبح متصلة من خلال ردود أفعال مرتبطة بالقلق تأخذ خصائص الدافعية من خلال محاولات خفض التوتر والقلق المتمثلة بالهروب والتجنب وأن الهــروب والتجنب الـذي يتبـع خفض القلق سوف يصبح قوياً. (Oltmanns, T. And Emery, R, 1998).

ب- النظرية المعرفية:

حسب هذه النظرية فإن الاضطراب الانفعالي هو خبرة ناتجة بالطريقة التي تفسر بها الأحداث التي يتعرض لها الفرد، فهذه الأحداث ربما تمس نقاطاً محددة غير محصنة لتستخرج التصورات المرتبطة بالمخاوف لاحقاً.

إن الأنواع المحددة من الانفعالات تعتمد على التفسير المحدد لمحتوى الحدث (المزاج الشخصي، وقت حدوثه، خبرات الشخص السابقة) وبشكل فعّال، فإن هذا يعني أن الحدث نفسه سوف يثير عواطف وانفعالات مختلفة لدى الأفراد

المختلفين أو أحياناً عواطف مختلفة لدى الفرد نفسه ضمن مواقف مختلفة (أبو حجلة، ٢٠٠٠).

جـ- النظرية البيولوجية:

تركزت البحوث في مجال تحديد الأسباب البيولوجية التي تسهم في القلق في اتجاهين هما:

- اختبارات المقاومة البيولوجية.
- الأسباب الجينية.

لتحديد هل هناك أفراد لديهم ميل فطري لنوبات الهلع قام الباحثون بتصميم اختبارات للمقاومة البيولوجية، حيث يقدم الباحث عاملاً بيولوجياً مثل: ملح الصوديوم للأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع وآخرون لا يعانون من نوبات هلع، والافتراض هنا بأن الأفراد الذين لديهم الحساسية البيولوجية لأملاح الصوديوم سوف ينتج لديهم مشاعر الرهبة والهلع.

الدراسات الجينية تعتمد على النسبة المئوية للأفراد الذين لهم أقارب يشاركونه بنفس المرض.

"تفسر النظرية البيولوجية اضطرابات الوساوس والأفعال القهرية بناءً على بيانات من تخطيط الدماغ والاضطرابات البيوكيمائية"[١] (Simons, et. 1994).

د- النظرية التحليلية:

يفسر (فرويد) القلق بأنه نتيجة للتغير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الاندفاعات الجنسية عندما لا يوجد مخرج طبيعي لها وربط فرويد القلق بمرحلة الطفولة. ويرى فرويد أن القلق هو نتيجة لكبت انطلاق صراع قائم بين "الآنا" و"الهو" وبذلك قلب فرويد الفكرة القائلة بأن القلق مصدر للكبت وليس نتيجة له.

---

(١) سيمونز وآخرون (١٩٩٢)، ص٣٦٣.

وقد "أشار فرويد إلى أن القلق علاقة خطر تعبر عن عدم الرضا أو الانزعاج وأن له نوعين مخيرين هما: القلق الموضوعي والقلق العصابي."[1]

ويظهر من هذه النظريات الأربع التي تطرقنا لها أن البحث في أصل القلق ومصادره الأولى يقود في الأعماق إلى تربة يسهل فيها الاختلاف بسبب تنوع العوامل التي تنطوي عليها.

فالقلق رد فعل يظهر عند الشخص حين يشعر الشخص نفسه بوجود خطر يتهدده في مكونات شخصيته.

أسباب القلق:

تتعدد أسباب القلق ومن أهمها:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات، وقد تتداخل العوامل الوراثية والعوامل البيئية.
- الاستعداد النفسي، الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف، والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه.
- مواقف الحياة الضاغطة ومطالب الحياة المدنية المتغيرة واضطراب الجو الاسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصابيان أو المنفصلان.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الماضي والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان...
- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والخبرات الجنسية الصادقة خاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية بالذات المثالية، وعدم تحقيق الذات وظروف الحرب.

(١) ملحم، سامي (٢٠٠١)، الإرشاد والعلاج النفسي، ص١٨٥.

أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة ومختلفة للقلق وتصنّف هذه الأعراض إلى نوعين:

أ- أعراض فسيولوجية:

مثل تسارع في ضربات القلب، جفاف في الحلق، ضيق في التنفس، صداع وأحياناً اضطرابات في إفراز بعض الهرمونات مثل الادرينالين.

ب- أعراض نفسية مثل:

٣- شعور الشخص بالسكون والعزلة وشعور بالعداوة.

٤- شعور الفرد بخوف لا يعرف مصدره.

٥- يميل الشخص القلق إلى توقع الشر والمصائب.

٦- يميل الشخص القلق إلى توتر العصاب ويميل إلى تأويل بعض الأمور بشكل سلبي تشاؤمي.

علاج القلق:

يعتبر القلق من أكثر الاضطرابات النفسية الانفعالية استجابةً للعلاج ومن أهم الأساليب المتبعة في علاج القلق:

- العلاج النفسي بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. ويفيد التحليل النفسي وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وتنفيس الكبت وحل الصراعات الأساسية.

أما العلاج السلوكي فيستخدم لفك الإفراط المرضي المتعلق بالقلق والقضاء على الأزمات العصبية الحركية.

أما المناقشة والشرح والتفسير فيفيد في كشف الأسباب ودينامياتها وتوضيح التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق.

- العلاج الأسري والإرشادي والزواجي وحل المشكلات يفيد في تعليم المريض كيف يحل مشكلاته ويهاجمها دون الهرب منها.
- العلاج البيئي أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر.
- كما يستخدم العلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصداقات والعلاج بالموسيقى وبالعمل أيضاً.
- العلاج الطبي للأعراض الجسمية المصاحبة للقلق وتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض عضوي.
- وقد وجد أن العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية Placebo كان فعالاً في بعض الحالات.

القلق العام:

هو حالة من القلق المستمر أو شبه المستمر تأخذ سيراً مزمناً أي أكثر من ستة أشهر.

المظاهر السرية:

يتصف الشخص المصاب باضطراب القلق العام بمظهر مميز، فوجهه مشدود وحواجبه مقطبة ووضعية جسمه متوترة ويبدو عليه التمايل وأحياناً رجفة في اليدين، وتكون بشرته شاحبة وراحة يديه متعرقة ونفسياً يكون المريض متوجبا، سريع الإثارة وحساساً للصوت العالي أو الضجيج وضعيف التركيز الذهني مما يجعله كثير النسيان لا يستطيع أن يميز هذه الحالة من القلق عن غيرها من أنواع القلق الأخرى أو استمرارها.

وحسب المواصفات المعتمدة لتشخيص اضطراب القلق العام كما ورد في DSM فإنه يبدو على المريض:

- قلق مفرط أو غير واقعي على شيئين أو أكثر من أمور الحياة مثلاً: القلق على مصير الأطفال بدون مبرر واقعي، والقلق على الحالة المالية بدون

مبرر واستمرار ذلك لمدة ستة أشهر أو أكثر يكون اغلب أيامها مشغولاً بتلك الحالات من القلق.

- لا يكون القلق ثانوياً لأمراض نفسية أخرى مثل الرهاب الاجتماعي أو الوسواس القهري.
- لا يحصل القلق فقط أثناء الإصابة بمرض نفسي مثل اضطراب المزاج.
- ظهور أعراض مثل :

- الرهبة أو الشعور بالاهتزاز.
- سهولة التعب والتململ.
- ضيق التنفس وزيادة سرعة نبضات القلب.
- التعرق وجفاف الفم والدوخة والغثيان.
- تكرر التبول والشعور بحرارة الجسم أو برودته.
- صعوبة البلع.
- سرعة الغضب وسهولة الاستثارة.
- صعوبة التركيز الذهني والنوم.

(Morrison,J. 1995).

الاضطرابات الرهابية Phabic Disorders

تعريف الرهاب:

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لمواقف مخيفة.إذن هو خوف متسلط ملح، ومتكرر الظهور من شيء معين أو موقف معين من غير أن يكون ذلك الشيء أو الموقف المعين خطراً موضوعياً على الشخص.

"إنه خوف لا تبرره الأسباب الشعورية يظهر ملحاً في مظاهر الهلع عند الفرد".

أنواع الرهاب:

يقسم الرهاب إلى ثلاث أنواع هي:

أ- رهاب الأسواق Agora Phobia

هو الخوف المرضى الذي يعاني منه الفرد عندما يجد نفسه في موقف أو مكان لا يستطيع فيه الحصول على المساعدة إذا حدث لـه شيء سيئ كأن يصاب بدوخة ويقع على الأرض.

ونتيجة لهذا الخوف يتجنب الفرد الخروج إلى تلك الأماكن أو يحتاج من يرافقه في حالة الخروج.

ب- الرهاب البسيط Simple Phobia

أكثر الرهابات البسيطة انتشاراً تشمل الحيوانات خاصة الكلاب والثعابين والحشرات والفئران، وتشمل أيضاً رهبة رؤية الدم ورهبة الأماكن المغلقة ورهبة المرتفعات...وعادة يتجنب الفرد هذه المثيرات ويصاحب هذا الاضطراب أعراض الإغماءات.

جـ- الرهاب الاجتماعي Social Phobia

يعرف الرهاب الاجتماعي بأنه الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام[1]. (Morrison, 1995).

ومن أسباب الرهاب الاجتماعي:

١- العوامل البيولوجية: لوحظ انتشاره بين الأقارب مما يشير إلى احتمال تأثير عوامل جينية في أسباب الرهاب.

٢- العوامل النفسية والاجتماعية: حيث إن الرهاب الاجتماعي يرجع إلى استخدام دفاعات الأنا في تجنب مثل هذه المواقف.

(١) DSM-IV Made Easy (Morrison, 1995)، ص٢٦٢.

أسباب الرهاب:

- تخويف الأطفال، وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكى لهم والخبرات المخيفة المكبوتة.
- الظروف الأسرية المضطربة، كالشجار والانفصال والسلطة الوالدية المتزمتة والتربية الخاطئة.
- القصور الجسمي والقصور العقلي، والرعب من المرض.
- الفشل المبكر في حل المشكلات.
- من أسباب الرهاب التعلم الشرطي كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة.
- الشعور بالألم وما يرتبط به من رهاب.
- قد يكون الرهاب دفاعاً لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستهجنة. (زهران، ١٩٧٨).

أعراض الرهاب:

هناك أعراض كثيرة للرهاب أوجزها كمايلي:

- القلق والتوتر.
- ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الشعور بالأمن.
- الإجهاد والصداع وخفقان القلب وتصبب العرق واضطراب الكلام.
- السلوك التعويضي مثل: النقـد والسخـريـة، تصنع الوقار والشجاعة. (Simons, 1994).

علاج الرهاب:

توجد أساليب كثيرة تستخدم في علاج حالات الرهاب المختلفة منها:

١- العلاج النفسي الاستبصاري Insight Psychotherapy:

لاستعمال هذا النوع من العلاج لابد من توفر درجة من الذكاء ومن الدافعية للعلاج والقدرة على التأمل الذاتي، كما أن الاستقرار في العلاقات الاجتماعية وفي العمل وقدرة المريض على التحمل كلها عوامل تتدخل في

تجاوبه للعلاج بصورة إيجابية، وإذا وجد أن المريض يصلح لمثل هذا النوع من العلاج ننظر إلى طبيعة المشكلة فإذا كانت العوامل المؤثرة فيها ناشئة عن طبيعة شخصية المريض فنلجأ إلى عملية التحليل النفسي طويل الأمد، وإذا كانت العوامل ناشئة عن ظروف محددة أو ظروف خارجية فنلجأ إلى العلاج التحليلي قصير الأمد Brief Psychotherapy لتحرير المريض من الصراعات النفسية وإزالة الأعراض.

٢- العلاج النفسي الداعم Supportive Psychotherapy:

إن أكثر المرضى يشعرون بزوال القلق والرهاب إذا ما ناقشوا مشاكلهم مع طبيب يهتم بهم ويستمع لهم. وبعد عدد قليل من الجلسات تتمنع الأسباب المسببة للقلق أو الرهاب وعندها نستطيع تحديد الطريقة الأنسب لمواجهتها مثل التطبيق في مواجهة المخاوف غير المعقولة والتشجيع لمواجهة المواقف المثيرة للخوف.

٣- العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral:

تركزت الأبحاث حول العلاج السلوكي المعرفي لمختلف أنواع الرهاب وقد كان يستخدم تدريب الاسترخاء بشكل كبير ولكن وجد أن بعض المرضى يثير عندهم الاسترخاء حالة من القلق تصل أحياناً إلى درجة الفزع.

وقد أدخلت أخيراً أساليب العلاج المعرفي، مثل إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring وتدريب الذات Self Instruction ولكن لا يوجد إلا دراسات قليلة لتحديد فعالية هذه الطرق بمفردها، لكن الدراسات المتعلقة بالعلاج المعرفي المترافق مع العلاج الدوائي تبشر بنتائج جيدة.

٤- العلاج السلوكي Behavioral Therapy:

يستعمل العلاج السلوكي في حالات الرهاب أكثر من غيرها من حالات القلق. وأكثر الأساليب العلاجية استعمـالاً هو التعرض الواقعي (Vivo Expovre) أو المواجهة المتدرجة(Exposure Graded) وقد وجد أن هذا النوع

من العلاج له فعالية كبيرة في حالات الرهاب البسيط وفي حالة الرهاب الاجتماعي.

٥- العلاج الجماعي:

فالتشجيع الاجتماعي وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الناضج يساعد كثيراً في علاج بعض حالات الرهاب.

٦- العلاج البيئي:

وعلاج مخاوف الوالدين وعلاج الجو المنزلي الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج، وتقليل المشاجرات وعدم الخوف وعدم سرد الحكايات المخيفة للأطفال.

اضطرابات الهلع Panic Disorders:

وهي حالة من القلق الحاد تحصل على شكل نوبات تبدأ فجأة وبدون أسباب وتستمر لمدة ثوان أو دقائق، وفي أحيان قليلة قد تدوم لفترة أطول وفيها يشعر المريض أنه على وشك فقدان السيطرة على نفسه أو بأن كارثة ما ستحدث له، أو أنه مشرف على الموت، ويرافق ذلك خفقان في القلب وسرعة التنفس وربما صاحب ذلك دوخة وغثيان.

إن تكرار هذه النوبات يختلف من شخص لآخر ويعود المريض بعد انتهاء النوبة إلى حالته الطبيعية إلا أنه مع تكرار النوبات ينشأ عنده شعور بالتوقع والتوجس من أنها ستحصل وبالتالي يعمل على تجنب المواقف التي يمكن أن تسبب له فيها حرجاً كبيراً فيما إذا حصلت.

تشخيص اضطراب الهلع:

حسب تصنيف DSM للاضطرابات الانفعالية يمكن تشخيص اضطراب الهلع بتوفر الشروط التالية:

١- حصول نوبة أو أكثر من القلق يتوفر فيها ما يلي:

أ- لم تكن متوقعة.

ب- لم تحصل في موقف كان فيه المريض مركزاً لانتباه الآخرين.

٢- حصول أربع نوبات خلال أربعة أسابيع أو حصول نوبة أو أكثر تلتها أربعة أسابيع من التوجس والخوف من حصول نوبات أخرى.

٣- حصول أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية:

أ- ضيق التنفس أو الشعور بالاختناق.

ب- دوخة أو شعور بعدم التوازن.

جـ- زيادة في سرعة نبضات القلب.

د- رجة أو شعور بالاهتزاز.

هـ- التعرق.

و- تعسر البلع.

ز- غثيان أو عدم راحة بالبطن.

ح- شعور بتبدد الشخصية أو عدم حقيقة الأشياء.

ط- الشعور بالحذر أو النمنمة في الجسم.

ك- الشعور بالحرارة أو البرودة الشديدة في الجسم.

ل- الألم أو عدم الراحة في الصدر.

م- الخوف من الموت.

ن- الخوف من فقدان العقل أو السيطرة على السلوك. (أبو حجلة، ٢٠٠٠).

أسباب اضطراب الهلع:

يمكن إيجاز أسباب اضطراب الهلع كالتالي:

١- عوامل بيولوجية.

٢- الوراثة.

٣- أسباب نفسية واجتماعية (حمودة، ١٩٩١).

علاج اضطراب الهلع:

لقد تطور العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات الهلع بشكل كبير خلال الثمانينات وبداية التسعينات بناءً على نموذج نفسي بيولوجي للرعب وفي هذا

النموذج فإن نوبة الهلع الابتدائية (Intiial Panic) تعتبر إنذاراً خاطئاً (False alarm) في الأشخاص الذين لديهم استعداد نفسي وبيولوجي خلال فترات الإجهاد وهؤلاء الأفراد يعتقد بأنهم يمتلكون ميولاً وراثية نحو شدة ردود الفعل البيولوجية العصبية لأحداث الحياة المجهدة مثل: موت شخص عزيز، أو يرتبط بالعمل أو بالمدرسة أو الحياة العاطفية، وهذه الردود الجسدية المبالغ بها تتفاعل مع الضعف الجسدي (Herson,M. And Biggio, M. 2000).

"إن العلاج السلوكي المعرفي يتضمن العديد من الأساليب التي تتعامل مع النواحي الفسيولوجية والمعرفية وأن المعالجة تكون قصيرة الأمد (٨-١٢) أسبوعاً، كما أنها عالية الكفاءة بحيث أن ٧٥% من المرضى يتخلصون من حالات الهلع في نهاية العلاج"[١]

تنفيذ العلاج:

إن العناصر الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الهلع تستهدف التشوهات المعرفية والسلوكية المشكّلة لنوبات الهلع، والعلاج يمكن تطبيقه على شكل جماعي أو فردي وأن الجلسات تكون منتظمة وتركز على الأعراض والأفكار الحالية المرتبطة مع حالات الرعب الحالية والمستمرة.

إن الوظائف البيتية تعطى بشكل متكرر ومنتظم خلال العلاج، إن العلاج يبدأ بالتعلم حول طبيعة اضطراب الرعب ويتم تعريف الأفراد أن الخوف هو استجابة طبيعية وأنه جزء من النظام الجسدي الذي يتحرك كردة فعل لتهديد حقيقي ويتم تفسير الأساس الفسيولوجي لأعراض الهلع.

إن الهدف من العلاج ليس التغلب على كل القلق بل تعلم وسائل فعّالة مع القلق غير المناسب والمتطرف. (Herson, M. And Biggio, M. 2000).

(١) Herson, 2000, Effect Bruef Therapies , p.67.

الاضطرابات المزاجية Mood Disorders

لقد عرفت اضطرابات المزاج منذ القدم، حيث وصف ما يشير إلى الاكتئاب في حكايات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة في الموت مع النوم والكسل، كما وصفت أعراض الاكتئاب في قصة انتحار أجاكس في الإلياذة (هيوميروس) في القرن الثامن قيل الميلاد.

يمكن التعريف باضطرابات المزاج بأنها حالات إكلينيكية تكون أعراضها الأساسية عي اضطراب الوجدان أو المزاج مع أعراض أخرى مصاحبته لتكون جزئياً أو كلياً متلازمان الهوس والاكتئاب.

أسباب اضطراب المزاج:

ينشأ اضطراب المزاج من التفاعل بين فئتين من العوامل هما:

- شدائد الحياة Stressful Events.

- العوامل الحيوية للإنسان والناتجة عن الحصيلة الوراثية وتأثير الطفولة عليه Conslitutional Factors.

- العوامل الوراثية. لقد وجد آباء وأخوة وأبناء المصابين باضطراب المزاج الشديد يتعرضون للإصابة به بنسبة أكبر (١٠-١٥%) من نسبة الإصابة في مجمل المجتمع (١-٢%).

- **أثر نوع الشخصية:**

يرى البعض أن الوراثة تؤثر على تكوين الشخصية ولكن هذه العلاقة ليست ثابتة.

- **الأمراض العضوية:**

إن كثيراً من الأمراض العضوية قد ترافقها أو تتلوها الإصابة بالاكتئاب مثل الانفلونزا والتهاب الكبد الفيروسي، ونقص هرمونات الغدة الدرقية وغيرها...

- الأدوية:

من المعروف أن مستخدمي العلاج الخافض للضغط المسمى(Reserpine) يصابون باكتئاب شديد يتراجع بعد توقفهم عن العلاج. وهناك أدوية أخرى مثل الكورتيزون يسبب ارتفاعاً في المزاج في البداية يتلوه الاكتئاب مع الاستعمال المزمن.

- الأسباب النفسية الاجتماعية:

إن تكرار الإحباط والفشل وخيبة الأمل، والخسارة المادية والمعنوية والعزلة وعدم الانتماء وفقدان الأحبة كلها عوامل قد تسبب اضطراباً في المزاج.

- أسلوب التفكير الانهزامي:

مثل الأفكار السلبية والتوقعات غير الممكنة والتفكير غير المنطقي.

- أسباب بيولوجية كيميائية:

من شبه المؤكد الآن وجود خلل كيماوي بيولوجي في الدماغ على الأقل في الحالات الشديدة من الاكتئاب.

- الخلل في وظائف الغدد الصماء:

تبين أن حوالي نصف المصابين بالاكتئاب تزيد عندهم نسبة الكلورتيزول في البلازما رغم عدم وجود أعراض لهذه الزيادة.

يصنف اضطراب المزاج إلى عدد من الأنواع أهمها:

١- الهوس.

٢- الاكتئاب.

٣- عسر المزاج.

٤- المزاج الدوري.

٥- اضطراب المزاج الفصامي.

٦- الهوس الاكتئابي.

وسوف يتطرق المؤلف في هذا الملخص إلى نوعين فقط هما:

أولاً: الهوس Mania

تعريف الهوس:

"هو اضطراب سلوكي ذهاني يتسم بالغرابة والنشاط النفسي الحركي الزائد والهياج والمرح الذي لا يسيطر عليه الفرد"[1].

تصنيف الهوس:

يقسم الهوس إلى مايلي:

١- الهوس الخفيف Hypomania

وهو أخف أشكال الهوس وأعراضه، المرح المتوسط النشاط الواضح المعتدل، هروب الأفكار الخفيفة، التهيج وعدم التسامح والتسرع والسعادة المفرطة.

٢- الهوس الحاد Acutemania

ومن أهم أعراضه السلوك الصاخب، والعنف وسرعة الأفكار والنشاط الزائد جداً والهلوسات والأوهام.

١- الهوس الهذيائي Deliriosamania

وأعراضه هي: أعراض الهوس الحاد مضافاً إليها الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعي واضطراب التوجيه (بالنسبة للزمان والمكان والأشخاص).

أسباب الهوس:

فيما يلي أسباب الهوس:

- وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة وتكون حالة الهوس شكلاً من أشكال حيل الدفاع كتعويض وكوسيلة نسيان.
- الفشل والإحباط ونقص الكفاية ومحاولة إنكار ذلك عن طريق لعب النجاح والكفاية.
- وجود مشكلات يهرب منها الفرد خارج نفسه لينسى ويبعد عن القلق.

---

(١) زهران، حامد (١٩٧٨)، الصحة النفسية، ص٢٢٣.

- وجود مواد مكبوتة تنفس لتقليل الصراع واسترخاء الأنا الأعلى، وعندما يسترخي الأنا الأعلى يضعف الكبت وتفلت الرغبات التي يدور حولها الصراع وتظهر هذه المواد الممنوعة في مستوى الشعور وتجد لها مخرجاً في السلوك الهوسي.

أعراض الهوس:

هناك أعراض كثيرة للهوس منها:

١- المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة.

٢- هروب وطيران الأفكار وسطحية التفكير وعدم القدرة على التركيز.

٣- النشاط النفسي الحركي الزائد وعدم الاستقرار وزيادة التوتر والفوضى في العمل.

٤- النشاط الاجتماعي الزائد والإسراف والكرم المفرط.

٥- سرعة الاستثارة والتهور والسلوك التخريبي والشراهة والأرق واضطراب النوم.

٦- تسارع ضربات القلب وفرط إفراز العرق واحمرار الوجه.

٧- النشاط الجنسي الزائد.

علاج الهوس:

يفضل علاج الهوس الحاد في المستشفى وفي حالة الهياج الشديد أو السلوك التخريبي بفضل وضع المريض في مكان منفصل مع رعاية تمريضية خاصة.

ومن أهم معالم علاج الهوس:

١- استخدام العقاقير الطبية وخاصة المهدئات للسيطرة على التهيج.

٢- ثم يبدأ العلاج النفسي لاستكشاف النواحي المرضية في الشخصية ومشاعر الوحدة وتدني تقدير الذات.

٣- العلاج الاجتماعي والراحة والإجازات القصيرة من العمل.

٤-في حالة عدم الاستجابة للعلاج بالأدوية والعلاج النفسي يلجأ الأطباء كحل أخير إلى الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي).

أساليب العلاج النفسي للاضطرابات الانفعالية:

هناك أساليب عديدة تستخدم لعلاج حالات الاضطرابات الانفعالية سواء أكانت قلقاً، رهاباً، هلعاً، وسواساً قهرياً، اكتئاباً، هوساً، اضطراب مزاج.....الخ. ومن أهم هذه الأساليب:

أولاً: العلاج بالتبصر:

لاستعمال هذا النوع من العلاج لابد من توفر درجة من الذكاء ومن الدافعية للعلاج والقدرة على التأمل الذاتي، كما أن الاستقرار في العلاقات الاجتماعية وفي العمل وقدرة المريض على التحمل كلها عوامل تتدخل في تجاوبه للعلاج بصورة إيجابية.

وإذا وجد أن المريض يصلح لهذا النوع من العلاج ننظر إلى طبيعة المشكلة فإذا كانت العوامل الغالبة فيها ناشئة عن طبيعة شخصية المريض فإنه يلجأ إلى العلاج النفسي التحليلي طويل الأمد. وإذا كانت العوامل الغالبة فيه ناشئة عن ظروف محددة أو ظروف خارجية فإنه يلجأ إلى العلاج قصير الأمد لتحرير المريض من الصراعات النفسية وإزالة الأعراض.

ثانياً: العلاج السلوكي Behaviour Therapy :

يعتمد هذا العلاج على فكرة أن الحالات المرضية تستمر بسبب أعمال يقوم بها المريض أو يقوم بها الآخرون ومهمة المعالج هي تبين هذه الأعمال ومساعدة المريض على تعديلها أو تغييرها.

ومن المبادئ الأساسية في العلاج السلوكي:

١- يتعلم المريض تعديل سلوكه بنفسه.

٢- يساعد المعالج المريض في تقرير ما يحتاج عمله وفي تعلم أساليب مساعدة الذات يمارسها في الفترات بين الجلسات.

٣- يجب أن يكون لدى المريض دافعية جيدة للعلاج.

٤- التدرج في مواجهة المشكلة.

٥- رصد الأعراض والسلوكات هي جزء أساسي من العلاج السلوكي.

الأساليب النوعية المستعملة في العلاج السلوكي:

١- التدريب على الاسترخاء Relaxation.

مبدأ هذه الطريقة هو تخفيض القلق عن طريق تخفيض التوتر العضلي وإنقاص تنبيه الجهاز العصبي الذاتي.

٢- التعرض Exposure.

تستعمل هذه الطريقة في علاج الرهاب Phobia حيث يتم إقناع المريض بمواجهة المواقف التي عادة ما يتجنبها ويتم ذلك بالتدريج البطيء وهو ما يسمى بإزالة التحسس التدريجي.

٣- السيطرة على الذات Self-Contral.

تتكون هذه الطريقة من مرحلتين: مراقبة الذات، وتعزيز الذات.

٤- منع الاستجابة Response Prevention.

تستعمل هذه الطريقة لعلاج الطقوس الوسواسية وتستند إلى مبدأ أن الطقوس تقل على المدى الطويل إذا حاول المريض السيطرة عليها وكبتها على المدى القصير.

٥- إيقاف التفكير Thought Stopping.

وتستعمل لمواجهة الأفكار الوسواسية التي لا ترافقها أعمال قهرية وتتم باستعمال مشتت قوى للانتباه عند صدمات هذه الأفكار.

٦- التدريب على تأكيد الذات.

تفيد هذه الطريقة عند الذين يعانون من الخجل الزائد والرهاب الاجتماعي وتهدف إلى تشجيع التعبير عن الأفكار والمشاعر بصورة مباشرة ولكن مقبولة اجتماعياً.

٧- المعالجة بالتغيير.

تستند هذه الطريقة إلى إعطاء منبه منفر أو سلبي عند تحديد السلوك غير المرغوب فيه.

ثالثاً: العلاج المعرفي:

يعتمد العلاج المعرفي على فكرة أن بعض السلوكات غير السوية تستمر أو تحدث بسبب طرق التفكير اللامنطقية واللاواقعية ويجري هذا العلاج على مراحل:

أ- مثلاً في علاج القلق نتعرف أولاً على طرق تفكير المريض بأسباب القلق الذي يعيشه.

ب- يسأل المريض أسئلة تجعله يتساءل عن القواعد المنطقية بطرق التفكير على التكيفي لديه.

جـ- يطلب من المريض أن ينتظر في طرق بديلة لطريقة تفكيره هذه.

د-تشجيع المريض على اختيار هذه الطرق.

رابعاً: العلاج الجماعي:

في هذه الطريقة تكون بؤرة الاهتمام الأساسية هي العلاقات المتبادلة داخل المجموعة، أكثر من كونها علاقات شخصية خالصة. فالمشاكل يشترك فيها أفراد المجموعة ويصبح المريض قادراً على النظر إلى مشكلته في ضوء العلاقات القائمة بين الأفراد والمنعكسة في المجموعة.

خامساً: المعالجة الجسمية (الجسدية):

وهذا يشتمل عدداً من الطرق المستخدمة في علاج بعض حالات الاضطراب الانفعالي مثل:

١- العلاج الكيميائي (العقاقير):

حيث يتم استخدام أدوية تعمل على إحداث تغير كيميائي يؤدي إلى تغير في الانفعالات مثل مضادات الذهان، الاكتئاب، القلق وأملاح الليثيوم وعقار الكاربامازبين.

٢- العلاج بالكهرباء:

ويتم بتمرير كهرباء من خلال جهاز الصدمات الكهربائي الذي يحول فرق الجهد إلى ٣٠-١٣٠ فولت لمدة ثانية واحدة إلى خمسة ثوان، ويستخدم هذا العلاج في الحالات التالية:

- الاكتئاب الشديد.
- حالات الهوس.
- حالات الفصام الحاد.

٣- العلاج الجراحي:

حيث يتم التدخل الجراحي لقطع الألياف التي تربط جزءاً من الدماغ بجزء آخر أو لإزالة أو تنبيه جزء من نسيج الدماغ بهدف تعديل أو تغيير السلوك المضطرب أو محتوى التفكير. (حمودة، ١٩٩١).

عصاب الوسواس والقهر

Obsessive- Compulsive Neurosis

تعريف عصاب الوسواس والقهر:

الوسواس Obsessive فكر متسلط، والقهر Compulsive سلوك، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، رغم وعي المريض وتبصره بغرابته وشخصية لا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به.

الوسواس والقهر عادة متلازمان فإنهما وجهان لعملة واحدة وقد سُمي سابقاً "الوهن النفسي" أو "الإنهاك النفسي" Psychosthenia وحالياً يطلق عليه البعض اسم "رد فعل الوسواس والقهر" Obsessive Compulsive Reaction. وأحياناً يقتصر البعض على استخدام مصطلح "الوسواس" ويقصد من بذلك عصاب الوسواس والقهر وذلك لتلازمهما.

مثال لحالة عصاب الوسواس والقهر:

تقوم امرأة بحراسة شديدة على طهارة يديها....إنها تغسل يديها مئات المرات بالماء والصابون....والمطهرات....بل إنها تحاول أن تُطهر كل شيء يمكن أن تلمسه بيديها حتى لا يتلوث...وهكذا تمتد عمليات التطهير لكل شيء في البيت...وخلال ذلك تخسر الكثير من الأجهزة...وتستهلك كمية هائلة من المطهرات...ومن كثرة الغسيل يُصاب يداها بجروح...وتستمر في دوامة النظافة والتطهير حتى تنهار من الإجهاد...وتبكي من الألم النفسي.

وهنا نستطيع القول إن الحالة القهرية تتميز بأنها تسيطر على الفرد وتستحوذ عليه بشكل فكرة أو خاطر يعجز الفرد عن التخلص منه كذلك الذي تساوره رغبة في قتل أبيه مثلاً. فيحاول التخلص من هذه الرغبة إلا أنها تجد سبيلها دائماً إلى فكرة، وهذه تسمى بالأفكار القهرية أو الوسواسية(Obsessions). وقد يسيطر على الفرد عمل من الأعمال لا يرى مفراً من القيام به برغم إدراكه لعدم جدارته وسفاهته، كالمرأة التي تجد نفسها مرغمة على أن تغسل يديها مئات مرات في المثال السابق.

مدى حدوث عصاب الوسواس والقهر:

بدراسة نزلاء المستشفيات في أمريكا وجد "انجرام" أن نسبة المرض بعصاب الوسواس والقهر تصل إلى ٥% من مجموع مرض العصاب. والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث. وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينات من حياة الفرد ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر من المستويات الاجتماعية الأعلى والأشخاص الأذكى.

وظهرت أعراض المرض في الطفولة في حوالي ٣١% من النزلاء، كما ذكر "انجرام" أن الشفاء التلقائي ليس أمراً مألوفاً وإن كان التحسن مألوفاً ولا يحدث في العجز التام إلا في قليل من الحالات.

بعض الدراسات السابقة عن عصاب الوسواس والقهر:

وقام كرنجلس (Kringlen) ١٩٦٥ في النرويج بتتبع نزلاء المستشفى من عصاب الوسواس والقهر في الفترة ما بين ١٩٤٣-١٩٤٩م وظلت عملية التتبع لفترة ما بين ١٣ سنة إلى ٢٠ سنة بالزيارة والفحص الطبي الدوري، فوجد أن السمات القهرية توجد عادةً في أسر قهرية وتتسم بالشدة والتعسف في تنشئة الأطفال والإصرار على النظافة والطاعة، وقد بدأ المرض عند حوالي نصف عدد المجموعة قبل سن ٢٠. وكان متوسط العمر عند الإبداع بالمستشفى ٣٤ سنة للرجال و٣٦ سنة للنساء. وقد بين من التتبع أن ٦ قد ماتوا. وواحدة منها كان سبب الموت هو الانتحار، وبينما تحسنت حالة حوالي ٢٥% من أفراد العينة، وتحول القهر عند ٦ أفراد إلى ذهان، أما الباقية فلم تتغير حالتها.

وقام "جريمشو" (Grimahow) ١٩٦٥ في إنجلترا بتتبع المرض بالقهر الذين وردوا إلى المستشفى في (منشتر) في المدة ما بين ١٩٤٥-١٩٥٩ لفترة تتراوح في المتوسط حوالي ٥سنوات وقد تبين أن الأعراض قد تحسنت في حوالي ٦٤% من الحالات. ويمكن القول أن النسبة تصل إلى حوالي ٧٧%. وقد بلغت حداً مقبولاً من التكيف الاجتماعي.

ويذكر إهرنوالد (Ibrenaould) ١٩٦٠ أن أنماط السلوك القهري قد تنتشر بين أفراد الأسرة وفي المجتمع عن طريق العدوى أي اشتراك عدد من الأفراد في سمات أو اتجاهات وصفية غير مقبولة. وبدراسة لأربعة أجيال من أسرة المريض بالقهري يرى أن العدوى النفسية قد تؤدي إلى نشأة أعراض مماثلة أو غير مماثلة.

ويجمع المحللون النفسيون على أن البيئة التي ينشأ فيها المصاب بهذه الحالة عادة تكون متزمتة، يتصف بها الأبوان بالتسلط والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناس عن الانحراف، وهذه الحالة ما هي إلا صورة جادة لسمات الشخصية التي تتصف بحب النظام والنظافة والعناد والبخل والجمود.

ويفسر العصاب القهري في نظرية (بافلوف) على أساس وجود خلل في العلاقة بين جهازي الإشارة الأول والثاني مع سيطرة جهاز الإشارة الثاني بالتالي اضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة.

الشخصية قبل المرض:

من أهم سمات الشخصية الوسواسية القهرية الجمود والتزمت والعناد والتسلط والبخل والتشكك والتدقيق والحذر والحذلقة والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة التوافق والتباعد والتمركز المتطرف حول الذات. وتتسم في نفس الوقت بالحساسية ويقظة الضمير والفضيلة والتمسك بالكمال والأخلاق وحب النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقوق والواجبات. ويكون ذكاء الشخص عادةً متوسطاً أو دون المتوسط. وهكذا يبدو صاحب الشخصية الوسواسية القهرية شخصاً فاضلاً ولكنه غير سعيد.

تحليل الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية:

إن الطريق الذي يمكن أن نسلك لفهم الوساوس والأفعال القهرية هو نفس الطريق لفهم الهستيريا، والمخاوف الشاذة. والنيوراستينيا، حيث إننا في الواقع أمام حالة مكبوتة يشكل ظهورها في الشعور خطراً على الذات، وقد اتخذ الفرد وسيلته الدفاعية في حركات قهرية شعورية وأفكار متسلطة ينغمس فيها هرباً من مواجهة الدوافع المكبوتة العاملة في اللاشعور ومن انطلاقها. ومن أجل ذلك يمر الفرد المصاب بعصاب الوساوس المتسلطة بما يشبه نوبة القلق الشديد حيث يستمر في محاولته مقاومة ظهور الفكرة المتسلطة أو الفعل المتسلط.

فالوساوس المتسلطة، والأفعال القهرية ، وردود الفعل التنكرية لدوافع لاشعورية قوية وقد قبلت بها الذات في سلوكها الدفاعي. إنها تحوّل طاقة الدوافع المكبوتة إلى صرف للطاقة داخلي، أو صرف خارجي، يأخذ بجرأة عادة بطريقة نمطية رمزية في أفكار أو أفعال غير ضارة نسبياً على أنها نوع من الإجراء التعويضي. فإذا حدث وقاوم المصاب بهذا العصاب هذا الإجراء، أو كان تنفيذه مستحيلاًَ عليه، فإن الإجراء يهدده عندئذ يفقد قيمته الدفاعية، ومن هنا

يبدأ عند المصاب شعور بالقلق الشديد الذي يبلغ درجة غير قليلة من الخطورة أحياناً. ولكن الفرق بين التعويض الحاصل في الهستيريا والتعويض الحاصل في حالات الوساوس والأفعال القهرية نحو أن الأولى تنطوي على نوع من التطمين أو الإرضاء للدافع، بينما يكون الأمر في الحالة الثانية إيجاد مخرج يساعد على دعم عملية كبت الدوافع المكبوتة وتقويمها.

تظهر الأفعال القهرية أحياناً على شكل دقة متطرفة في التنظيم، أي تنظيم الأشياء الموجودة في الغرفة مثلاً بدقة وشعوره بالضيق حتى من مجرد عدم وجود شيء في مكانه. وأن في التنظيم الخارجي بهذه الصورة تعويضاً عن عدم وجود التنظيم الداخلي، وهو طريقة خاصة لكتم الفوضى الداخلية التي تحيط بالذات. إنه وسيلة الدفاع أمام أخطار الغموض والتعثر، واختلاط الأمور، التي تطغى على تكنيزه النفسي، إنه الوسيلة التي يشغل بها نفسه ليقوي كبت آثار الاضطراب والغموض الداخليين وليبعد عن نفسه مواجهة التساؤلات المتعددة التي ينطوي عليها غموض حوادثه الداخلية. فإذا بدا الوضوح مع العمر والنضج يأخذ بجرأة لديه بالنسبة للمفاهيم والقيم، وبدأ التنظيم الداخلي يحتل مكان الاضطراب والفوضى، فإن اندفاعه وراء التنظيم الخارجي يخف تدريجياً، ويأخذ التسامح طريقه إلى نفسه حين يرى فوضى الأشياء حوله. إن هذا السلوك عادي ومألوف. ولكن من الممكن للسلوك الأول للمراهق أن يتطور ليصبح عصاباً. ومن الممكن للسلوك المتسلط أو القهري أن يكون شديد الانحراف وعظيم الإلحاح بحيث يغدو عصاباً يهدد الفرد بالعجز ومن مثل هذه الحالات تؤخذ الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية على أنها تعبير عن شعور بالإثم المكبوت، أو عن دوافع عدوانية شديدة مكبوتة تستمر في تهديد الفرد بخرق إطار اللاشعور لتظهر في واقع الشعور إذا هو حاول عرقلة وجود تلك الوساوس والأفعال القهرية.

إن لبدء تكوُّن الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية عند الفرد أموراً كثيرة الجوانب وشديدة التعقيد. يقول ليفين Lewin إن التحليل النفسي للمصابين

بعصاب الأفعال القهرية يوضح أنهم لم يستطيعوا التغلب على تعلقهم الطفلي بوالديهم. ويؤكد (الكسندر) ١٩٣٠م على وجود إثم ووجود حاجة قوية في اللاشعور إلى ضرورة وجود العقاب، ويرجع غير هؤلاء في البحث من العوامل إلى الكثير من مظاهر حياة الطفولة، وطريقة رعاية الوالدين للابن وإشرافهما على نظافته وحاجاته.

إن الوساوس القهرية ينطلق تكونها من دوافع لا يقبل بها الفرد، وسيعمل فيها الكبت والإبقاء عليه. وأمام خطر ضعف الكبت يلجأ الفرد إلى وضع الدوافع غير المقبولة بشكل فكرة شعورية أو فعل رمزي ويشغل نفسه به أو بها. والفكرة والفعل لا يحمل أي منهما من الخطر ما يحمل الدافع المكبوت، ولكن كلاً منهما ينطوي على الصبغة الانفعالية الموجودة في الدافع المكبوت، من أجل ذلك يصبح التسلط أو القهر شديداً.

أسباب عصاب الوسواس والقهر:

إن من أهم أسباب عصاب الوسواس والقهر:

١- الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة.

٢- الحوادث والخبرات الصادمة.

٣- الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواس والسلوك القهري. وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها.

٤- الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن، ولذا يبدو المريض وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس والقهر.

٥- الخوف، وعدم الثقة بالنفس، والكبت.

٦- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة الآمرة الناهية، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإحراج في الطفولة.
٧- الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير، وسعي المريض لاشعورياً إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة الضمير.
٨- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس والقهر.
٩- ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثيراً شرطياً للقلق، وإذا ارتبط الفكر الوسواس بمثير غير شرطي للقلق فإنه أصبح أيضاً مثيراً للقلق.
١٠- يرى (فرويد) أن حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية سلبية تكيف وتظهر فيما بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري.
١١- وقد أرجع البعض إلى ثورة كهربائية نشطة في ذكاء الدماغ بسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك.

أعراض عصاب الوسواس والقهر:

من خلال الحديث السابق من عصاب الوسواس والقهر يمكن تلخيص أهم أعراض هذا المرض كالآتي:

١- الأفكار المتسلطة: ويكون معظمها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية، والانشغال بفكرة ثابتة تتسلط وتحرض على القيام بسلوك قهري، أو ثبات صورة معينة لمنظر حميد أو كريه ويشغل الفرد أو يقلقه.
٢- المعاودة الفكرية: مثل ترديد كلمات الأغاني والموسيقى....الخ.
٣- التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة، والأفكار السوداء، والتشاؤم وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث.
٤- الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.

٥- الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة، والكمالية والحذلقة والدقة الزائدة.

٦- الاستيطان المفرط في النشاط الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، والاستغراق في أحلام اليقظة.

٧- القلق إذا وقع في المحظور وخرج عن القيود والحدود والتحريات التي فرضها على نفسه فكراً وسلوكاً.

٨- السلوك القهري والطقوس الحركية مثل المشي على الخطوط البيضاء....الخ.

٩- النظام والأناقة والتدقيق والأناقة الزائدة وحب الشخصية المفرطة أي وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر....الخ.

١٠- الروتينية والرقابة والتتابع القهري في السلوك والأناقة والبطء الزائد في العمل، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

١١- الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك.

١٢- الخوف خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب مثلاً مصافحة الناس أو تناول الطعام.

تشخيص عصاب الوسواس والقهر:

إن الفكر الوسواس والسلوك القهري قد يلاحظ عند الشخص العادي. ويمكن معرفة العصاب القهري وتمييزه عن الشخص العادي بتكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته وإعاقة أو منع الفرد من تأدية عمله اليومي والتأثير على كفاءته وتوافقه الاجتماعي.

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض في حد ذاته أو كعرض من أعراض مرض آخر مثل: ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام.

ويجب المفارقة أيضاً بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء، والفارق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة

وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولية وعدم جدوى فكره المتسلط وسلوكه القهري، أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماماً.

علاج عصاب الوسواس والقهر:

إن عصاب الوسواس والقهر الذي يظهر لمدة قصيرة يشفى عادةً تلقائياً دون العلاج. أما معظم الحالات تحتاج إلى فترة طويلة تحت العلاج. وأهم ملامح علاج عصاب الوسواس والقهر ما يلي:

١- العلاج النفسي: وخاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها المرونة واللاشعوري. وعلاج السمع والتغير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لاشعورية. وعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف وتجنب مثيرات الوساوس ومواقفها وخبراتها وإعادة الثقة بالنفس والعلاج بالإزاحة أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءه وسلوك مفيد. والعلاج السلوكي لإزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة وخاصة باستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنظرة. والعلاج بالعمل والعلاج باللعب في حالة الأطفال.

٢- العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي مثل تغيير المسكن أو العمل.

٣- العلاج الطبي بالأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر مثل Librum ويوحي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات.

٤- الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي) كآخر حل أحياناً وذلك في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض.

ويعتبر عصاب الوسواس والقهر من أصعب الأمراض العصابية علاجاً وخاصة في الحالات الشديدة ويمكن القول أن حوالي ٢٠% من الحالات تشفى وأن حوالي ٤٠% تتحسن، وأن حوالي٤٠% لا تتغير حالتها.

لذا كلما كان عصاب الوسواس والقهر حديثاً كان علاجه أفضل. وكلما كان هناك أسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض، كانت البيئة التي سيعود إليها المريض عند العلاج أفضل، كان توافقه العام والاجتماعي والشخصي أفضل.

أساليب حيل الدفاع النفسي لعصاب الوسواس والقهر:

وقد يكون من المفيد أن نستعرض أساليب حيل الدماغ النفسي للمصاب بعصاب الوسواس والقهر والتي يمكن تلخيصها كالآتي:

١- النقل (الإبدال) Displacement:

تختص المشاعر الانفعالية وراء العرض العصابي وتتخذ المشاعر منه وسيلة للتعبير عن الرغبات المكبوتة.

٢- التبديل Substitution:

تستبدل بالأهداف والانفعالات غير المقبولة الأهداف والانفعالات المقبولة، وذلك يحقق المقهور بغيبته.

٣- العزل Isolation:

فصل الفكرة من الوجدانيات المرتبطة بها وكبتها وتأجيل التعبير عنها لوقت تال، إلا أن فقدان صلة الأفكار والأفعال بالجانب الوجداني يجعلها غير إنسانية وتصبح مواجهة المقهور لأمور الحياة آلية تماماً.

٤- الإلغاء Undoing:

لا يفعل المقهور شيئاً مما كان يفعله من قبل، وبدلاً من ذلك فإنه يقوم بتكرار النشاط مع اختلاف الفعل ويكرره بطريقة أخرى (مثلاً من لا يتخلص من أفكاره القذرة يظهر تكرار الغسل).

٥- تكوين رد الفعل Reaction Formation:

يرفض المقهور مجاراة الظروف الخارجية، ودائماً يعترض ويتخذ وجهة نظر العكس ليخص الميول اللاشعورية والدوافع غير المقبولة وتغطية الحوافز الطفلية باتجاه أكثر قبولاً.

٦- التناقض الوجداني Gmbivelance:

تأخذ الأعراض معاني متناقضة بالإضافة إلى معناها الأمثل وهذا يؤدي إلى عدم الاستقرار في الأداء والفكر.

٧- التنظيمات الصلبة Rigid Regulation:

هو الجمود في التصرف والتفكير وعدم قبول الخروج عن الإطار الموضوع لأي سبب، وعدم البعد عن النمط المتبع ولا يظهر ذلك في البدء أو التردد فيه فحسب. ولكن في طريقة حل المشكلات وتكرار الفشل أيضاً.

نحن نعيش الآن في عصر العلوم عصر التقدم والتكنولوجيا فالعلم هو سمة هذا العصر وهو السلاح الذي يستعين به الإنسان من أجل التقدم والتطور وإيجاد مستقبل مشرق للأجيال القادمة، فالعلم هو وسيلة فهم الإنسان والحياة، ولعل الإعداد الصحيح والسليم للإنسان تطلب منا فهم شخصية هذا الإنسان، من حيث طريقة تفكيره، وتفسير سلوكه والاطلاع، ومعرفة طموحات هذا العدد، وبالطبع فإن علم النفس هو العلم الذي يدرس هذه الخصائص والسمات البشرية والذي تناول سلوك الإنسان وتفسيره عبر كل مرحلة من مراحل نموه، هنا لابد من معرفة الإنسان إلى أن التقدم العلمي والتكنولوجي وما يواجهه من تطورات يؤدي إلى وضع الإنسان في حلقة من الصراعات والتي تؤدي بدورها إلى عدم الاستقرار النفسي والعاطفي والبدني وانعدام التوازن وإصابته بالأمراض والاضطرابات النفسية والتي لا بد أن تستدعي تدخلاً علاجياً على الصعيد الطبي أو النفسي، من هنا برز دور الأطباء النفسيين في مساعدة هؤلاء الأفراد وإعادة تأهيلهم والعودة بهم إلى حياة طبيعية متكيفة بعيدة عن التوترات والاضطرابات.

* والطب النفسي الذي سوف نتطرق للحديث عنه في هذا الموضوع هو أحد فروع الطب والذي واجه العديد من الصعوبات والتحديات وتقدم بعمله بالصبر والمثابرة، فلم يصل الطب النفسي إلى ما وصل إليه الآن إلا بعد المرور بالعديد من الظروف الصعبة عبر العصور الماضية، إذ كانت النظرة إلى الطب النفسي والمريض النفسي نظرة غريبة، فقد كان البعض ينظر إليه على أنه مصاب ببلاء

وأن الأرواح الشريرة تسكن جسمه، وكانت هناك طرق من السجن والشعوذة التي يلجأ إليها الناس لإخراج هذه الأرواح الشريرة إما عن طريق التعاويذ أو الدعاء للآلهة من أجل التدخل وإخراج هذه الأرواح، أو من خلال الضرب والتعذيب بالسلاسل لإخراج الشيطان حيث كان هؤلاء المرضى يعاملون معاملة الحيوانات دون شفقة أو رحمة، إلى أن تطور مفهوم الطب النفسي بطرق وأساليب العلاج الجديدة. (العظماوي، ١٩٨٤).

" الاكتئاب "

يعد الاكتئاب دلالة على ما يتصف به الشخص من حالات انكسار في المزاج و الكآبة و الحزن و عدم قيامه بأفعال تبعث السرور , بالاضافه الى وصف هذا المصطلح إلا أن هناك أوصافاً يتصف بها المصاب بالاكتئاب و تصاحبه , فهو لا يضع اعتباراً لنفسه و يحط من قدرها بشكل مؤلم و انه لا يرى في حياته شيئاً يستفيد منه لذا فهو محبط " فحوالي ٧٥ %من أصحاب المرض يفكرون بالانتحار و حوالي ١٥% يقومون بالانتحار بالفعل "، وهناك أعراض يصاب بها صاحب الاكتئاب فمنها ما هو انفعالي كفقدان الاستمتاع و كره الذات و فقدان الارتباطات و العلاقات الاجتماعية و فقد الضحك وكبت للهوايات بالإضافة إلى أن صاحب الاكتئاب لا يهتم بمظهره و أناقته , و ينعكس أيضا على حركته في المشي، أو يظهر التباطؤ لدرجة الذهول مع تهيج شديد في الحركة، فأحيانا لا يستطيع الجلوس مع الإفراط في فرك يديه رغم شعوره بالإرهاق الشديد , و تظهر أعراض للمكتئب في نومه إذ يصحو بشكل مبكر وهو منزعج و لا يستطيع الرجوع إلى النوم و قد يكون استيقاظه نتيجة كوابيس ترافق النوم و يكون النوم متقطعاً و هو في مزاج غير مستقر، أما حول الطعام فالمكتئب يفقد الشهية في الأكل و يقلل تناوله للوجبات و يرافقه فقدان للوزن وقد يصل فقدان الوزن إلى ٤٠% من الوزن الأصلي في فترة بسيطة و كذلك ينعكس الاكتئاب على نشاط المريض فينقطع عن زيارة الأقرباء و لا يظهر في العديد من المناسبات فينعزل عن الناس و تظهر عليه صفة الصمت .

وهناك أعراض معرفية تظهر على المكتئب كأن يشكل صورة سلبية عن الذات ويوجه اللوم لنفسه، بالإضافة إلى عدم مقدرته على اتخاذ القرار بما ينعكس على التفكير لديه فينظر إلى الأمور من منظور تشاؤمي ويرى نفسه فاشلاً ولا يتوقع إلا السلبيات و يقوده تفكيره أحيانا إلى الموت وهو أفضل شيء يتمناه فيفكر بالانتحار و غالباً ما يشعر بالذنب و ملامة الضمير , ويرافق المكتئب أيضا ضعف في التركيز و الانتباه و عدم تخزين المعلومات، وسرعة النسيان، و فقدان لقدراته العقلية و بالتالي ضعف في ثقته بنفسه . وهناك أعراض تتعلق بالدوافع ففي المكتئب شلل يصيب إرادته و الرغبه في الهرب ويزيد من رغباته الاتكالية و الرغبة في الموت و الخلاص من حياته .

أما الأعراض الهستيرية فقد يكون هناك شكاوى من الصداع و يصاحب لذلك أمراض للظهر والبطن و توهم للأمراض العضوية الأخرى، والشعور بالتعب والإرهاق، ولا بد من التأكيد على أن المريض العربي أكثر ميلا للشكوى من الأعراض الجسدية بدلا من الشكوى النفسية المباشرة أما من الناحية الجنسية فقد يكون هناك ضعف في الرغبة الجنسية و يقل الأداء الجنسي وكذلك الإثارة فيلجأ المكتئب الى المقويات الجنسية و مراجعة الأطباء في ذلك .

أما الأعراض الذهانية فيرى المكتئب هلاوس و هذيان مرتبط بالحواس المختلفة لديه فيرى المكتئب صوراً أو يسمع أصواتاً أو أن يشّم روائح لا أساس لها في الوجود و كذلك يحس في التغير في طعم الغذاء و التوهم في وجود أشياء داخل جسمه و يشير كل منهما إلى أن المظاهر التي ذكرت حول الاكتئاب قد تتوافق جميعها مع بعضها أو جزء منها و قد تتفاوت في حدتها و لكنها ألاساس في تشخيص المرض. (الخطيب, سرحان, ١٩٩٢)

أنواع الاكتئاب

هناك أنواع كثيرة للاكتئاب مصنفة حسب كل مجال و لكن فيما يلي أنواع للاكتئاب من ناحية الدرجة :

١. الاكتئاب البسيط : و في هذا النوع من الاكتئاب يكون المريض حزيناً تحيط به الشكوك و تدني في الذات و بطء في الاستجابة نحو الآخرين ولكن مع عدم التأثير على حياة المكتئب في أدائه لوظائفه اليومية إذ يكون هناك انتكاس في وظائف الفرد كأن تتقاعس ربة البيت في أداء واجباتها البيتية .
٢. الاكتئاب الحاد : هو نوع متضخم من الاكتئاب البسيط فالمريض قد يرفض الكلام و يوجه الاتهامات لنفسه و يكون فقدان الوزن المشكلة الخطيرة .
٣. الغشية الاكتئابية : وهذا من أشد أنواع الاكتئاب خطورة إذ يكون فيها المريض متمنعاً عن الأكل و الكلام، و يظل راقداً في سريره لفترات طويلة وقد حدث في بعض الحالات أن نقص الوزن لمريض وصل إلى مائة رطل أي حوالي ٣٣ كغم .

أسباب الاكتئاب

قد يرى الناس بأن الاكتئاب سببه واضح و مباشر في حياة الفرد كأن يتعرض لخسارة مادية أو فشل دراسي أو الطلاق أو أي مشاكل أخرى , أو أن بعض الناس قد يتعرض لنفس الموقف و لكن لا يبدو عليهم الاكتئاب إلا بنسب قليلة , إذ يعني هذا بأن لديهم استعداداً للمرض وقد يكون هذا في تكوينهم الفسيولوجي و النفسي و الاجتماعي في الأسباب التي يعزو إليها الاكتئاب ومنها:-

- الأسباب الوراثية : ثبت من خلال دراسات مكثفة بأن العوامل الوراثية لها دور في المرض و خصوصاً في حالات الاكتئاب الحاد و الشديد و أن العلماء يرون بأن هناك محاولات للعلاج عن طريق الهندسة الوراثية .
- البيئة : هناك أهمية بالنسبة للسنوات الأولى في عمر الطفل في بنائه النفسي و تنعكس عليه في المستقبل حيث إن حرمان الام و معاملة الوالدين لهما دور في الاكتئاب بالإضافة إلى الظروف التي يصادفها الفرد في حياته.

-الشخصية : بعض الشخصيات تحرص على النجاح دوماً في جميع مجالات الحياة فإذا تعرضت هذه الشخصية إلى نكسة في ذلك فإنها قد تتعرض إلى الاكتئاب وهناك علاقة بين الاكتئاب وعدد من الاضطرابات الشخصية.

-العوامل المساعدة للاكتئاب : وهذه هي أحداث الحياة المختلفة كوفاة شخص عزيز أو فقدان المال أو التعرض إلى مشاكل اجتماعية أو قد يحدث العكس إذ يكون الحدث ناتجاً عن الاكتئاب و ليس مسبباً له .

-أسباب أخرى : ومنها ما جاء في النظرية المعرفية التي وضعها " بيك " والذي يقول بأن أسلوب التفكير هو الذي يؤدي إلى المزاج المكتئب .

الوقاية من الاكتئاب

يمكن تقسيم الوقاية من الاكتئاب إلى ثلاث مستويات :

١. الوقاية الأولية : و هي مرحلة تعمل على عدم تسبب الاكتئاب عند الناس بقدر ما يمكن و هذا يفترض العمل مع الأفراد المعرضون للإصابة بالاكتئاب مثل النساء بعد الولادة و كبار السن و أهالي المعاقين والمصابون بأمراض وضحايا الكوارث و العنف و الحروب، فلا بد من أن تكون تجاه هؤلاء الأفراد برامج توعية حول الاكتئاب و الحديث عن إعطاء الأفراد فرصة للتعبير عن معاناتهم .

٢. الوقاية الثانوية : وهي مرحلة تختص باكتشاف حالات الاكتئاب بوقت مبكر قبل شدة المرض و يتطلب هذا زيادة الوعي بالمرض لدى الناس و تعزيز دور الطب النفسي و الأطباء و استعمال الاختبارات في تحديد المرض .

٣. الوقاية الثلاثية : و يعني ذلك أن الأفراد الذين تحسنوا أو خرجوا من الاكتئاب من استكمال العلاج لديهم حتى لا يعاودوا الاكتئاب مرة أخرى .

تشخيص الاكتئاب:

يعتمد تشخيص الاكتئاب على ما يشكو منه المريض من أعراض مع وصفٍ للمرض منذ بدايته بالاستناد على أسئلة الطبيب و الذي من خلال هذه

الأسئلة يكونه قصداً حتى يتم التفريق بين الاكتئاب و أمراض أخرى و كذلك المرور بالتاريخ الشخصي للفرد منذ ولادته و حتى الفترة الراهنة بالإضافة إلى التاريخ العائلي فإذا كان هناك حالة مرضية و علاقة المريض بأفراد العائلة مع إضافته إلى التاريخ الطبي و معرفة جميع الأمراض التي يعاني منها المريض سواء أكانت عضوية أو نفسية و بعد ذلك يكون دراسة للمريض و ظروفه و مقابلة أطراف مهمة في حياته لإعطاء المزيد من المعلومات و إجراء اختبارات نفسية كاختبار الشخصية او اختبار الاكتئاب مثل مقياس هاملتون أو مقياس بيل ثم الانتقال إلى خطة العلاج .

كلفة الاكتئاب

الاكتئاب هو من الأمراض المكلفة جداً حيث يمتد تأثيره على نواحي الحياة من اضطراب العمل الى تدهور الحياة نفسها بالإضافة إلى كلفة العلاج المباشر ويعدّ الاكتئاب عادةً عند كبار السن هو أكثر كلفة من حيث الكلفة المباشرة , واكتئاب الشباب أكثر كلفة من حيث الكلفة غير المباشرة "وتعد منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة بعد أمراض القلب وأكثر مسبب للإعاقة يمكن منعه و تجنبه و علاجه و الشفاء منه ".

العلاج :

يمكن أن يكون العلاج للاكتئاب مقسماً إلى قسمين :

- **العلاج الفيزيائي** : و الذي بدوره يقسم إلى :

١. العلاج بالعقاقير و يشمل ذلك الأدوية و مشتقاتها و العلاج النفسي الكهربائي وهو مفيد لعلاج الاكتئاب الحاد و الحالات المهددة بالانتحار .

٢. العلاج النفسي : و يشتمل على أساليب عدة و يشير كل أسلوب إلى نظرية خاصة و من أهمها :

- **العلاج التحليلي** : إذ تبحث النظرية في مراحل تكون الشخصية للفرد و ذلك المبكرة منها و تعد الاكتئاب استعادة لتجربة متعلقة باللاوعي إذ يركز العلاج على الإدراك الواعي .

- **العلاج السلوكي** : و في هذه النظرية يتم التركيز على تقسيم السلوك الظاهر، وترى الاكتئاب محصلة لتجارب الفشل المورث للإحباط، و يكون العلاج باستعمال الأفعال المعززة إيجابيا و بالتالي تعديل السلوك الاكتئابي و تحسن صاحب المرض .
- **المدرسة المعرفية**: ترى هذه النظرية أن الاكتئاب هو ناجم عن فهم خاطئ للنفس و البيئة المحيطة و كذلك للمستقبل فهو إذن حصيلة اختلالات التفكير, والعلاج حسب هذه النظرية يكون بتطهير الأفكار الاكتئابية و مناقشة مدى صحتها، ثم طرح بدائل منطقية لهذه الأفكار حتى الوصول إلى تغير نمط التفكيرعند الفرد المكتئب و يكون دور المعالج نقدياً و معتمداً على الحوار والنقاش .
- **العلاج الديني :** فالمؤمن بالله و المحافظ على قراءة القرآن والصلاة واللجوء إلى الله طلباً للمساعدة يكون وازعاً لمنع الأفكار الانتحارية و بثٍّ روح الأمل.
- **العلاج الاجتماعي**: و يكون عن طريق تكييف الفرد مع بيئته الاجتماعية وبناء نظام يومي و أسبوعي للحياة، والاندماج في علاقات وروابط اجتماعية.

" العصاب "

هذا المصطلح كما أشار كولز " هو مشتق من كلمتين يونانيتين تعنيان اضطراباً عصبياً " وكان ويليام كولين William callen أول من استخدمها 1969 إذ إن هذا المرض يختص بمفهوم الأمراض الوظيفية المتعلقة بالجسم وليس عن طريق تركيبته وبنائه , إذ يتضمن خليطاً من الأمور العصبية و الطبية أو كليهما معاً , ثم تحول هذا المفهوم ليكون مختصاً بالجهاز العصبي , ونرى بأن تعريف العصاب جاء تعريفاً نفسياً فهو مجموعة من الاضطرابات قبل مشاعر القلق و الاكتئاب و الوسوسة و الخوف المرضي، إذ يجد معه الفرد ألماً وضيقاً فهي اضطرابات ليست بيولوجية و إنما هي اجتماعية و نفسية في نشأتها.

و يظهر على المريض أعراض ذاتية يحس بوجودها و يستطيع أن يتفاعل معها و لكن دون أن تضطرب علاقته مع الواقع , و لكن إذا تطرقنا إلى الاضطرابات الاجتماعية التي تصاحب المريض فإنها ستظل مشكلة مصاحبة إليه وتدفعه إلى الذهاب إلى العيادات الطبية . وفي إشارة إلى العصاب أيضاً كما جاء في كتاب (معلا) " بأنه حالة عقلية غير طبيعية نتج عن عدم وجود حل للصراع العقلي بين القوى المسببة للكبت و الجزء المكبوت من الشخصية وينتج هذا الصراع عن تكيف المريض و البيئة المحيطة "

و لكن هذا التعريف قد يكون مستمدا و مستنتجا من النظرية التحليلية ولا يعطي تعريفاً للعصاب بشكله العام , و بالتالي نستطيع أن نستخلص معنى للعصاب فنعرفه على أنه اضطراب نفسي و بالتالي يظل فيه المريض على اتصال بواقعه ومحيطه و غالباً ما يدرك المريض نفسه و بالتالي يتكيف مع متطلبات الحياة .

و لقد تنوعت المدارس في كيفية البحث عن العصاب فمنها من يقول بأن العصاب على علاقة بالجهاز العصبي النفسي ومنهم من يتناول النشاط النفسي وكذلك النشاط العصبي العضوي عند الفرد وهذه دراسات كيميائية أو حيوية .

لكن رغم اختلاف المدارس في التفسير و البحث و تعليل هذا المرض فإنها تلتقي في مشتركات في تحليل المرض، ومن جهة أخرى لا بد أن يكون هناك مرونة في التعامل مع كل حالة من هذا المرض و ذلك بالأخذ بعين الاعتبار التفرد و التنوع في شخصية الأفراد , و كذلك من المهم أن يقوم المعالج باتخاذ و تبني أسلوب أكثر فعالية و تأثيرا بحيث يتفهم العصابي من خلال طبيعته النفسية و جذورها و مساعدته في أن يعيد بناءه على نحو يجعله أكثر وعياً وتوازناً و تفاعلاً مع الآخرين . و يتمنى المؤلف أن يكون "في الوطن العربي خاصة أصحاب الاختصاص في علم النفس بأن يكون هناك تطوير لمؤسسات الطب النفسي والاهتمام بهذه الخدمات والتطرق إلى مثل هذه الأمراض كمرض العصاب والذي ينتشر بكثرة في الوطن العربي " .

تفسير المرض:

هناك عدة نظريات تطرقت إلى العصاب النفسي على طريقتها الخاصة وبطبيعة ما جاءت به , فنظرية التحليل النفسي تناولت العصاب على انه ناشئ عن التفاعل مع المحيط خلال مرحلة الطفولة المبكرة و بسبب ما يواجهه الفرد من مواقف تجعله لا يستطيع أن يعبر عنها مما يدفعه إلى كبتها فالعصاب في نظر (فرويد) هو نتيجة لتفاعل عضوي , وكان لـ (اوتوفنجل) رأي آخر "بأن جانباً من الزاوية النشأوية قد يتاثر بالعصاب كأن جانباً من الطاقة الغريزية يتغير إلى طاقة ضد غريزية " وهنا نلاحظ بأن الانا الذي يؤكد عليه (فرويد) هو النشاط الغريزي يكون اشد صلة بالغريزة .

أما (ادلر) فيرى بأن هناك حساسية عصبية لدى المصابين و هذا الشيء يجعل الفرد كئيب ومنعزلاً وغير قادر على التعامل، ومن ذلك انعدام الشعور بالأمن و الثقة بالذات، إذ يفرض ذلك على الفرد بأن يصل إلى حالة من الأمن و التوازن مما يجعله يتخذ أشكالا لتحقيق ذلك كأن يميل إلى الخجل أو الجشع بمحاولة التغلب على العصاب بالقوة او الحيلة و ذلك اعتقاداً منهم بأنهم عاجزين عن أي شيء لهذا العصاب لذا فإن العصابيين يُلاحظ عليهم بأنهم متجنبين للقضايا الحياتية و التخلص من العصاب على حساب الآخرين و في ذلك محاولة للهرب من المسؤولية فالعصاب بنظر (ادلر) هو صاحب شعار كل شيء أو لا شيء مما يجعله في صراعات كثيرة .

أما (كارين هورني) فترى أن العصاب هو مرض ناشئ عن الصدمات مرتبطة بالشعور لدى الفرد بقلق أساسي ناتج عن شعوره بالضعف أمام القوى الطبيعية و الاجتماعية و ترى بأن العصابي يقوم ببناء صورة مثالية لا شعورية و تختلف عن القيم العقلية بهدف حل أو تحقيق الصراعات التي يواجهها, وقد يميل العصابي إلى حل صراعاته عن طريق إسقاطها على الخارج و التخلص من تحمل مسؤولياتها .

لذا نرى انه من خلال تفسيرات النظرية حول مرض العصاب بأن هناك صراعاً وهذا الصراع الناتج عن الحياة يحول دون تحقيق الهدف للفرد مما يؤدي إلى نشوء العصاب .

تشخيص المريض

لا بد من أن يمر المريض عند المعالج بعدة خطوات حتى يستطيع الكشف عليه و فحص عصابه و تالياً الخطوات التي يتبعها المعالج :

١. تقصي معلومات عامة عن المريض و معرفة السبب الرئيسي في دفع المريض إلى العيادة، و التعرف على الوراثة وما يتعلق من أمراض عائلية نفسية، و التعرف أيضاً على تاريخ حياة المريض منذ الطفولة و تاريخ المريض الحالي وحياته الاجتماعية و الفحص الطبي الكامل للمريض بالإضافة إلى التقويم النفسي له . لذا فهناك خصائص على المعالج أن يتمتع بها ومنها أن يكون ذا أسلوب معتمد على الخبرة و العمل على كسب ثقة المريض و أن يكون الطبيب واعياً و منتبهاً للحالة، و أن يكون موضوعياً في التعامل مع المريض .

وقد أشار محمود هاشم إلى التصنيف السريري للعصابات النفسية وأعراضها " أقرت منظمة الصحة العالمية سنة ١٩٦٨ تصنيف الأمراض العقلية والنفسية وضمنها العصابات حسب التقسيم التالي : عصاب القلق , الهستيريا الرهابية , الوسواس القهري , وسواس المرض و الذهان العصبي "

العـلاج

تستخدم عدة طرق في علاج العصاب فهناك مضادات الإعياء و المهدئات أو مضادات القلق التي تخفف من هذه العُصابات . و بالإضافة إلى العلاج النفسي وكلاً حسب نظريته , فالتحليل النفسي لفرويد يعتمد في نظريته على نقل الصراع اللاشعوري إلى الشعور بحيث يفقد المريض المرض و يلقى بالكبت, و كذلك أشار إلى آلية التحويل التي من خلالها يسقط المريض مشاعره وعواطفه الكامنة تجاه نفسه ولكن بشكل إيجابي لا سلبي .

بالإضافة إلى العلاج الفردي الذي يرى بأنه على الطبيب أن يوجه المريض بتمرينه على التعبير عن مشاعره و إعادة بناء الثقة من جديد و تنمية حسه الاجتماعي تجاه الآخرين .

أما المدرسة العقلانية فترى بأن العلاج يكون من خلال التعلم الذاتي وعزل الجوانب غير المنطقية عن سلوك الفرد و مواجهته للحياة و بشكله الجديد. و ترى المدرسة السلوكية بأن العلاج يتمركز حول المكان و الزمان الراهنين وذلك باحداث تغير مباشر و كف السلوكات غير الإيجابية و تعزيز الإمكانات الاجتماعية و التكيفية لدى الفرد و ذلك ضمن طرق المدرسة السلوكية. بالإضافة إلى العلاج النفسي الجماعي .

الأمراض النفسية و العقلية و الفرق بينهما :

- **مفهوم المرض النفسي** : صدر عن جمعية الطب النفسي عام ١٩٥٢ بأن الأمراض النفسية هي " عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيبة الدماغ ..... الخ " و هذا يعني بأن المرض النفسي ليس له علاقة بالنشأة الجسمية و العضوية , إنما هو اضطراب وظيفي يعود إلى الشخصية و تسببه الخبرات المؤلمة التي يمر بها الفرد و كذلك الانفعالية، و اضطراب علاقات الفرد بالمحيط وكل شيء يتعرض له الفرد في حياته يسبب له المرض النفسي , فالأمراض النفسية غير عائدة إلى أي تلف في الجهاز العصبي .

فعلى من يريد أن يفهم أسباب الأمراض النفسية عليه بدراسة الفرد والبيئة والعوامل المؤثرة عليه: كالتكيف و العوامل الاجتماعية و العوامل التي تحصل عن سوء التكيف، فالمريض نفسياً يحاول أن يلجأ إلى الحيل الدفاعية التي تبرر له عدم توافقه مع البيئة فهو يتعرض إلى مشاعر ألم و توتر بأبسط الأمور التي يواجهها في حياته اليومية , و تصدر منه استجابات قوية تجاه أوهن المواقف المحبطة , فالمريض نفسياً تبدو عليه أمراض تميزه بأنه عصابي كأن يبدو قلقاً

بشكل عالٍ تجاه موقف لا يستحق هذا القلق , فالشخصية و السلوك العصابي يختلفان في الدرجة فقط عن الشخصية و السلوك السوي .

- **مفهوم المرض العقلي** : يتناول هذا المفهوم كل ما يتدرج تحت الاضطرابات الانفعالية و النظرة العامة حول السلوك و الشخصية, فصاحب هذا الاضطراب يبدو شاذاً وغير متوافق و متكيف في حياته, والمرض العقلي يخل بصاحبه و يجعله مضطرباً في شخصيته و مختلاً في التفكير و القوى العقلية لديه , وغير قادر على ضبط نفسه مما يؤدي به إلى سوء التوافق الاجتماعي و بالإضافة إلى أن صاحب هذا المرض غير قادر على تحديد الأسباب التي تقف وراء شذوذه .

و تقسم الأمراض العقلية إلى قسمين : منها ما هو ناشئ عن علة عضوية تظهر في الجسم إذ يسهل الكشف عن موقع الإصابة و منها ما هو غير معروف إن كانت له أسباب عضوية أم لا . فالأمراض العقلية العضوية : تكون ناشئة عن إصابة بالجهاز العصبي المركزي (المخ) كالجرح و التلف نتيجة لأسباب، أو بسبب الضمور لهذا الجهاز عند الشيخوخة و كبر السن، و التي من شأن هذه المرحلة أن يصاحبها تراجع في الوظائف الجسمية , و كذلك تعود هذه الأمراض العضوية إلى عوامل خارجية كتعاطي الكحول و المخدرات أو إلى عوامل داخلية كإفراز الغدد، والإصابة ببعض الأمراض التي تؤدي إلى اختلال القوى العقلية و تدهورها مثل مرض الزهري .

أما حول الأمراض العقلية غير العضوية : فلقد اختلف أطباء المرض العقلي في تفسير السبب الكافي وراء الأمراض العقلية غير العضوية فمنهم من يعزوها إلى أسباب استعدادية تكوينية في شخصية الفرد و منهم من يرجعها إلى سبب وظيفي في الجهاز الغددي وليس عضويا ومنهم من يقول بأن التغيرات الفسيولوجية و الكيميائية هي المسؤولة عن المرض العقلي , و كذلك أشار (مصطفى فهمي) " إلى أن الأسباب البيئية وما نسميه من عوامل إحباطية قد تكون سبب في المرض العقلي غير العضوي " و يحمل الكلام حول هذا

التصنيف بأن الأمراض العقلية غير العضوية هي أمراض يرجع الاضطراب فيها إلى خلل في الوظائف العقلية تستثنى من الأسباب العضوية إذ إن الأمراض العقلية غير العضوية تشمل على الفصام و جنون العظمة و جنون الاضطهاد والهوس و الاكتئاب .

الفرق بين الأمراض النفسية والعقلية

هناك فروق تميز الأمراض النفسية من الأمراض العقلية وفيما يلي نتطرق إلى العامة منها :

- المرض النفسي يكون سببه إخلال جزئي أو انحراف من ناحية جزئية في شخصية الفرد , بينما المرض العقلي يكون سببه ناجماً عن إخلال قوي وشديد في القوى العقلية مما يؤدي إلى إخلال في جميع وسائل التوافق إذ يتناول معضم شخصية الفرد .
- المرض النفسي يتناول الفرد من ناحية انفعالية بدون اضطراب في الوظائف العقلية الا أنها تكون بدرجة بسيطة , بينما المرض العقلي يسيطر على التفكير لدى الفرد و كذلك التماسك في الوظائف العقلية .
- ويمتاز المريض عقلياً بالضعف الشديد بالقوى العقلية و لا يعطي للواقع أي اهتمام و يعمل على تحريفه و تشويهه و يراه بصورة شاذة كأن يرى بأن الشرطة تلاحقه فهو يقطع الصلة بالواقع , أما المريض نفسياً فانه يظل متصلاً بواقعه و منغمساً به و يتصرف بشكل يستطيع من خلاله التكيف مع الواقع و لكنه يعاني من تحقيق حياة أفضل .
- كذلك فإن المريض العقلي لا يمتلك الوعي لمشكلته الحالية وما ينم عنها من تصرفات شاذة فهو غير متبصر بسلوكه , لكن المريض النفسي يكون على عكس ذلك فهو يعي مشكلته و يدرك سلوكه إلا أنه لا يعرف الأسباب التي تقف وراء هذا السلوك .
- المريض عقلياً قد يكون خطراً على نفسه و على الناس ولا يستطيع أن يخدم نفسه فهو بحاجة إلى مستشفيات و مصحات تعتني به ، أما بالنسبة

للمريض النفسي فهو شخص يمارس حياته ويأخذ دوره في المجتمع إلا أنه يعاني من مشاعر القلق و الاضطراب خلال ممارسته للحياة فهو شخص قادر على أن يصبر على مشكلته و لا ضرورة للعناية به في مصحات إلا عندما تكون مشكلته حادة.

- بالنسبة للعلاج النفسي فقد يكون المريض النفسي مستفيداً منه و لكن المرضى العقليين لا يستفيدون منه لصعوبة إخضاعهم تحت العلاج أو التفاهم معهم حول ذلك .

الاضطرابات النفسية و العقلية

عند التعرف على الاضطراب النفسي و العقلي نجده عبارة عن أعراض متعددة تختلف من مريض لآخر و نلاحظ الفرق في شدتها و تأثرها من فرد لآخر ومن خلال هذه الأعراض قد نتعرف على الشخص السوي من الشخص غير السوي .

فالاضطرابات النفسية و العقلية كانت قديماً و حديثاً مجالاً للبحث والتعرف عليها و على مسبباتها فلقد انتشرت على مدار الحياة سلوكات غير سوية و في كل عصر حاول من فيه أن يفسروا تلك السلوكات , إذ حاول الإغريق وضع نظريات حول تفسير السلوك المضطرب، ومثلهم الصينيون و الرومان والفراعنة, فكان أصحاب الاضطراب النفسي و العقلي مضطهدين من قبل المجتمع و منبوذين و لا يعرفون سوى العذاب و الحرق بالنار و الاستهزاء, فكان يعتقد بأن هناك أرواحاً شريرة تقف وراء اضطرابهم مما يلجأ التنكيل بهم وثقب رؤوسهم حتى تخرج هذه الأرواح، و لكن أصبح هناك تقدم مع الزمن في المجال العلمي فكان الكثير من النظريات التي وضعت في ضمن هذا المجال واهتمت بهؤلاء الفئة من الناس و كذلك دور التكنولوجيا في الاهتمام بهولاء والرعاية بهم في مراكز و مصحات مناسبة لهم من حيث الخدمة .

و قد نستطيع القول بأن الاضطرابات النفسية و العقلية قد مرت خلال العصور في ثلاث مراحل و هي :

١- المرحلة القديمة من التاريخ و التي اعتمدت على الخبرة و هو ما نراه في مصر القديمة .
٢- المرحلة اليونانية العربية و التي اعتمدت على المجال الاكلينيكي و التجربة و بدأت بجالينوس و أبو قراط و ترجمتها إلى العربية عن طريق علماء العرب أمثال: الرازي، و ابن سينا، حيث أنشئت المستشفيات للمصابين بالاضطرابات و خاصة في إسبانيا و الذي سمي هذا العصر بالعصر الذهبي للطب والكفاء .
٣- العصر الحديث و الذي اعتمد على المنهج العلمي و البيولوجي.

نظرة الإسلام إلى الاضطرابات

أما نظرة الإسلام حول هذه الاضطرابات من خلال القران الكريم نرى بأن هناك رأياً في التعامل مع المرضى إذ إن الإسلام لم يستخدم لفظ مجنون او الشخص المضطرب إلا إلى الذين خرجوا عن طاعة الله والأغبياء من الناس و اقترن ذلك بالسحرة و من يخرج عن المألوف الاجتماعي الإسلامي .

فالمجنون في نظر الإسلام ليس من مسّه الجن فحسب أو كما في العصور الوسطى بأنه رادف للأرواح بل هو خارج عن المألوف الطبيعي في الحياة الاجتماعية بسبب مرضه "لذا فالإسلام رأى بأن المضطرب نفسياً و عقلياً ليس بالأرواح الشريرة و إنما ذكر بالقرآن الكريم أمور النفس بشكل عام بعدة مرات وأكد القرآن الكريم على أن الاضطرابات النفسية قد تترك أثراً سيئاً على الفرد فأحياناً يبتعد عن طاعة الله ليس طوعاً وإنما لأسباب مرضية ولا على المريض حرج "

وهناك خصائص أساسية اعتبرها (ريتشارد، ١٩٧٩) للسواء النفسي عنه في الاضطراب النفسي :- الكفاءة : كأن يصدر عن الشخص أداء أفعال موجهة نحو المشاكل و الضغوط النفسية .

- **الملائمة :** الشخص السوي لديه أفكار و تصرفات ملائمة تعكس واقعه .

- **المرونه :** الشخص السوي قادر على التكيف و التعديل في مواجهة الصعوبات.
- **القدرة على الإفادة من الخبرات :** عكس المضطرب فهو على احتكاك بالمواقف .
- **الفعالية الاجتماعية :** فالشخص المتوافق أكثر قدرة على التفاعل الاجتماعي و الاتصال بالآخرين .
- **الاطمئنان إلى الذات :** فالشخص السوي يتصف بالطمأنينة والأمن في إدراكه و تقدير لذاته .

ونرى بأن " الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية اتفقت على ثلاثة أمور فتعرف الاضطرابات إلى ألم نفسي و عقلي و عضوي واضح و مصاحب لاضطرابات، و تصور ذو دلالة إكلينكية في الشخصية و انحراف السلوك عن معايير المجتمع " .

أسباب الاضطرابات النفسية و العقلية :

تعدّ نظريات (كرابلين و فرويد و ماير) دراسات في علم الأسباب التي تقف وراء هذه الاضطرابات فكان تقدماً أوسع عما جاء عليه في الماضي، إذ كان تقدماً في تطور طرق جديدة و أساليب تمثل التشخيص بالرنين المغناطيسي و دراسات علم الوراثة و دراسات في العلم البيولوجي و كذلك الدراسات الطولية فأصبح هناك معرفة بالأسباب المؤدية لهذه الاضطرابات، كالفصام والاضطرابات الانفصالية ثنائية القطب، إدمان الكحول، و بعض الاضطرابات المعرفية فأصبحت هناك أسباب عمل الأخصائيون على البحث من ورائها، إذ تختلف في الأمور التالية و التي تعمل على إظهارها على المريض و منها :

- **انحراف التنشئة :** و هو ناتج عن الأسرة و معاملة الوالدين للطفل وأسلوبهما المتبع معه .
- **شذوذ التكوين :** فالشخص الذي تعرض في حياته إلى ضغوطات منذ نموه له علاقة بالاضطرابات العقلية و النفسية .

- **نقص العقل و الخلل** : له علاقة " بأن الأمراض النفسية و العقلية قد تحمل في طياتها أسباباً وراثية بين الآباء و الأبناء وهو يعود إلى البيئة الواحدة والعيشة المتشابهة " فنقص العقل هو قد يكون ناشئاً عن الخلل في الإدراك ومن ثم ينعكس سلباً على الفرد، ويؤدي به الحال إلى الاضطراب العقلي والنفسي .
- **مواجهة المشكلات الحياتية** : و هم الذين يواجهون في حياتهم اضطرابات مصدرها المجتمع كأن تكون اقتصادية أو سياسية أو طبيعية أو اجتماعية أو نفسية أو عائلية لما ينعكس عليه الأمر، و يصبح من الواجب عليه أن يتخلص من هذه المشكلات فإذا لم يتجنب هذه المشاكل فإنه يتعرض للاضطرابات النفسية .

أسباب مهيئة للمرض

هناك عوامل مهيئة للمرض أو تمهد لـه و قد تكون من أعراضه و لكن ليس بدلالة حقيقية و قد تصادف هذه الناس حيث إنه قد لا تؤثر عليهم فيصبحو مضطربين عقليين أو نفسيين .

ومن هذه الأسباب المهيئة :

- **الوراثة** : إذ تعتبر سبباً مهيئاً للمرض فالمرض العقلي في أحد أفراد العائلة يجب أن يقيم المعالج بحرص إذ قد لا تخلو تاريخ العائلة من وجود حالة من الاضطرابات .
- **المرحلة العمرية** : يبدأ البشر بمرحلة الطفولة و التي تختص بأنماطها ثم المرحلة التالية وهي المراهقة وفيها ترتفع الاضطرابات النفسية والعقلية، ثم تأتي مرحلة اليأس وفيها تكثر الأخطار من النواحي الجسمية والنفسية والعقلية .
- **الجنس** : " إذ إن الخبرة العملية تعتبر أن معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية متفاوت بين الجنسين و تكثر الزيادة عند النساء " .

- **العوامل البيئية :** فالعوامل البيئية لها دور في تهيئة المرض مثل التقدم العلمي و التكنولوجيا و التنافس و الحروب و الأحداث الاجتماعية .

- **المهنة :** تعد سبباً مهيئاً للاضطرابات كالعمل في المجالات التجارية التي لها دور في الاضطرابات و كذلك الأطباء و تعاملهم مع العقاقير والمنومات و التي بدورها تؤدي إلى الإدمان .

التشخيص

لا بد من تناول الشخصية المضطربة من كافة جوانبها و التعرف على مجالاتها حتى معرفة الاضطراب ومن هذه الجوانب :

- **السلوك :** وضعه , إهمال الذات , الخجل و القلق , الحركات, علاقة المريض مع الأطباء .
- **الكلام :** كمية الكلام , ترابطه , السرعة و البطء فيه .
- **المزاج :** قلق , مكتئب , منبسط , مبتكر, متجمد , غير مناسب .
- **التقليد** : المحتوى , مجرى التقليد , إمكانيته , التحكم فيه , آليته .
- **الضلالات** : اعتقادات خاطئة , اضطهادية , عظمة , توهم .
- **الهلاوس** : إدراكات بصرية، أو سمعية، أو جسدية دون وجود مؤثر .
- **الظواهر القهرية** : أفكار، و صور، و اندفاعات، و مخاوف .
- **التعرف** : للزمان و المكان .
- **الذاكرة** : بالنسبة للأحداث القريبة و البعيدة التي تشير إلى أمراض المخ من خلال قصة قصيرة .
- **الانتباه و التذكر** : تشوش الوعي من خلال عمليات حسابية، وأسئلة عامة .
- **الذكاء** : من خلال اختبارت الذكاء و مقاييسه .
- **الاستبصار** : هو إقناع المريض برغبته بالعلاج و إقناعه بالمرض .

الوقاية:

و تكون الوقاية من الاضطرابات النفسية و العقلية، و بما أن جوهر الإصابة قد يكون اجتماعياً أو شخصياً فلا بد من القيام بالأعمال التالية :

- العمل مع الناس : و يبدأ بانتقاء عمل مناسب للفرد و إمكانيته و ميوله بما يسعد الذات .
- **ممارسة الهوايات** : حتى يكون هناك فرصة للإبداع و ملء الفراغ .
- **المشاركة الاجتماعية** : فالشعور بالوحدة قد يسبب بعض الأمراض فلا بد من الترابط الاجتماعي و الالتحاق بالمراكز الاجتماعية و المشاركة في المناسبات " و من الأدلة على أهمية الحاجة إلى الارتباط في حياة الفرد و دورها في التنشئة الاجتماعية وهي أمراض سوء التكييف و التي يصعب علاجها عن طريق أساليب العلاج النفسي.
- **فهم الذات** : فعلى الفرد أن يقبل مشاعره كانسان طبيعي و سوي و الحفاظ على الصحة النفسية و مواجهة ضغوطات الحياة بالتوافق و التكيف الشخصي الاجتماعي و إشباع حاجاته و العناية بصحته .

العلاج:

كان العلاج في السابق تقليدياً و الذي يعتمد على وجود مرشد و هو شخص لـه خبرة و معرفة واسعة فيقوم بنفسه بتفسير الحقائق و تقصي الأسباب للمرض إذ إنه قد ينجح في معالجة المريض أو قد يلقى صعوبات كثيرة في العلاج .

ومن جهة أخرى فقد وجدت بعض الأساليب النفسية التي من شأنها أن تعالج الاضطرابات التي يعاني منها الأفراد، فمن هذه الأساليب : الإرشاد المتمركز حول الشخص إذ تعتبر المقابلة شيئاً مهماً في هذا الأسلوب حتى يتم التركيز على المريض للوصول الى فهم الحالة و مشاكل المريض فيقوم هذا على أساس أن الفرد قادر على إحداث تغيير ليصل إلى تحقيق أهدافه فهو يسعى الى توكيد الذات و تحقيقها. و كذلك استخدام العلاج الجماعي وكان هناك أساليب دالة

على ذلك ومنها السيوسودراما و السيكودراما بالإضافة إلى العلاج النفسي واستخدام التحليل النفسي بما فيه من التداعي الحر والتحليل النفسي والتحويل و استخدم العلاج السلوكي، وما أكثر أساليبه من استرخاء و الكف المشروط و التقيد وغيره، و كذلك العلاج النفسي ومن أساليب كثيرة تطرح الأسئلة و عكس الأدوار و استمرار الاتصال وهذه هي أنواع من العلاج النفسي، أما العلاج الفيزيائي فقد استخدم فيه العقاقير والمهدئات ومزاولة الأنشطة الجسمية، بالإضافة إلى العلاج النفسي، و مبتكره العالم ماير ويكون فيه البحث على عوامل بيولوجية و سيكولوجية الفرد كعلاج تعديل البيئة.

ذهان الهوس الاكتئابي

يعرف ذهان الهوس الاكتئابي على أنه " اختلال يتألف من نوبات دورية متعاقبة من الانشراح المفرط و الاكتئاب " فهذا النوع من الاكتئاب يطلق عليه الاطباء العقليون الكآبة , الحزن , الغم , اليأس , و لكن هذا المرض هو اضطراب عقلي إذ يكون في استجابته (الجنون) الاكتئابي أو الهوس الاكتئابي و هو من مجموعة الأمراض الذهانية " و أول من افرد الاكتئاب الجنوني باعتباره مرضي مستقل ووصف أعراضه (كريبلن) ١٨٩٦ ووصف الهوس الاكتئابي أنه حالة تتميز بفترات طويلة " وفي هذا المرض تحدث نوبات طوال حياة الشخص و ينتج عنه التدهور العقلي ففي هذا المرض يكون هناك تمايز و وضوح للنواحي الوجدانية أكثر منه في النواحي العقلية أي باضطراب المزاج أكثر من التفكير .

انتشار المرض : إن ذهان هوس الاكتئاب هو من الأمراض العقلية المنتشرة " ويقدر أن ١٥% من الناس البالغين و أن نسبة انتشاره بين النساء أكثر من الرجال " وأن هذا المرض يمكن أن يظهر عند البلوغ و لكن يمكن ظهوره في أي مرحلة من العمر و كذلك يزداد خطر الاصابه بذهان الهوس الاكتئابي بين أقارب المصابين بالمرض .

الأعراض:

إن من أهم أعراض هذا المرض حالة الزهو و المرح و من خلال هذا يشعر المريض بالخفة و النشاط والطاقة، فالمضايقة و الإهانة لا تستمر معه طويلاً و يتشرد ذهن المريض من فكرة لأخرى , وعندما تكون الحالة شديدة فقد يلاحظ على المريض هروب الأفكار ليدخل حالة من عدم التركيز وعدم الانتباه و القيام بأعمال متعددة دون إلمام بواحدة منها, كذلك يلاحظ على المريض إثارة في مجال الحركة : فهو لا يكل ليظل مستمراً بالمشي و متواصلاً بالكلام لساعات متواصلة و قد يرفض أن تنتقل الأشياء من مكان إلى آخر فحركاته تبدو في عجلة و لكن مهما تكن عنده درجة الاثارة فانه يكون صاحب هدف وليس ما ينتج عنه من إثارة يكون قبيحاً ومرفوضاً و يشير (كمال دسوقي) عن إحدى الحالات بمصحة الأمراض العقلية " إلى أنه كان أحد المرضى بهذا المرض يلازمنا طوال زيارة المصحة في سجون السودان ماشياً لساعات طويلة هاذياً بدون توقف و ينتقل من الحديث عن الذرة إلى فساد المجتمع و هكذا " كذلك فإن من أعراض المرض أن صاحبه يبني فكرة وهمية حول أهميته بصورة اكبر من جنون العظمة مع الاعتداء في القدرات الجسمية و العقلية حيث إن المريض قد يظن نفسه بطلاً رياضياً و المرأة ملكة جمال , بالإضافة إلى أن المريض يظن نفسه موهوباً بالشعر و الرسم و التمثيل و قد يكون للمريض قابلية للإثارة بسبب الغضب أو المضايقة إذا لم تكن لـه مطالبة في الحال إذا أشعره أحد بأنه ليس على صواب لذا فهو لا يتحمل النقد أو المعارضة، و أن أفكاره و أفعاله ليس لها توقيت محدد.

و أما بالنسبة للشك فيتميز المريض في أنه يشك في تصرفات و نوايا وأفعال الآخرين و من حوله إذ يتوهم أنهم يخططون له الشر .

وصاحب هذا المرض لا يستطيع أن يتحمل الضغوط و المواقف الصعبة كموت شخص مهم لـه و إدراكه إلى فشل علاقته مع الآخرين و خيبة أمله في

هذه المرة, و من خلال هذا نرى بان الشخص يفقد شيئاً له قيمة عنده مما يزيد من وطأة الفشل .

ومن هنا فإن هناك إشارة إلى الاكتئاب الذهاني : و الذي يشابه في أعراضه حينما يكون حادا أمراض ذهان الهوس الاكتئابي و لكن الاكتئاب الذهاني يمكن أن يختلف في أنه لا يتضمن وقائع و تقلبات من الاكتئاب والانشراح و هناك عوامل تتمثل بظهوره .

التشخيص:

- عادة ما يظهر المرض عند البلوغ و لكن قد يظهر في أية مرحلة أخرى من العمر.
- يتكون المرض من نوبة تعود إلى الهوس أو الاكتئاب أو كلاهما .
- يظهر المرض في شخصيات تتميز بتقلب العاطفة بين الحزن و الفرح والميل إلى الاختلاط الاجتماعي " وهناك علاقة بين القابلية للإصابة بالمرض و بين الأشخاص ذوي البنية العضوية البدينة وذوي الأمراض العضوية " .
- التاريخ العائلي للمريض يشير إلى كثرة الاضطرابات العاطفية , الانتحار, شرب المسكرات و المشاكل العائلية .

العلاج:

علاج هذا النوع من المرض قد يكون أكثر قابلية للعلاج النفسي من بعض أنواع الذهان الأخرى كالفصام و يعود ذلك إلى أسباب منها : لأن النكوص فيه ليس عميقاً و المريض ليس فاقداً للاستشعار بحالته كلياً و كذلك فإنه أقل نرجسية إذ أن هناك فرصة للسير نحو تحويل مرضه و أن المريض لديه فترة تحسن ويعتقد بأن " هذه الفترة يستطيع العلاج النفسي التحليلي أن يؤخذ بها بنجاح "

فقد يكون للعلاج النفسي أثر بسيط ممكن مع الحالات غير الشديدة و الممكنة التغير .

و أن العلاج بالصدمات الكهربائية و العلاج الكيماوي و العلاج النفسي من بين الأساليب الرئيسية في العلاج المباشر، و أن العلاج بالصدمات الكهربائية المكثفة مرتين أو ثلاثة في اليوم تخفف من هذا المرض , و يستخدم أيضا العلاج بالعقاقير التي لها أثر مهدئ و القدرة على التحكم في النفس، والسيطرة على السلوك كسلفات المغنيسيوم و بروميد الصوديوم وغيرها.

٦

الفصـــل السادس

محتويات الفصل السادس

- الصحة النفسية ورعاية وتأهيل المعوقين
- المتأخرين عقلياً
- رعاية المتأخرين عقلياً
- مبادئ ورعاية ضعاف العقول
- الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي والجمعي
- الصحة النفسية للأسرة
- الطب النفسي الاجتماعي
- توجيه الأحداث المنحرفين
- رعاية الأحداث المنحرفين
- التأهيل الاجتماعي المهني للمعوقين سمعياً
- التأهيل الاجتماعي المهني للمعوقين بصرياً

يمكن تصنيف المعاقين إلـى فئات أو أقسام وذلك حسب نوع الإعاقة وطبيعتها إلـى الأقسام التالية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الطفل قد يُصاب بإحدى هذه الإعاقات أو العديد منها معاً في وقت واحد، وتشمل:

١. العوق الجسمي: ويشمل المقعدون بسبب عاهات (كفقد اليد أو الرجل أو بسبب شلل الأطفال).
٢. العوق الحسي: ويشمل إعاقة البصر، السمع، الكلام،... الخ.
٣. العوق العقلي:
٤. ضعاف العقول وأيضاً التعوق الاجتماعي: نتيجة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
٥. المصابون بأمراض الكلام وعيوب النطق وهي: عديدة متنوعة وتشمل اللجلجة والتمتمة والتلعثم والحذف وأخيراً فئة المتأخرين دراسياً، وبالرغم من أنهم ليسوا معاقين بالمفهوم الحسي أو العقلي إلا أنهم يشكلون فئة خاصة وكبيرة تحتاج إلـى رعاية نفسية وتربوية خاصة، ولذا فإن هذه فئات تحتاج إلـى كثير من الرعاية والتربية الخاصة السليمة من أجل إتباعها مع تلك الفئات والتي لا بد أن تكون بما يلي: (عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٧).

١. الأهداف التربوية لمؤسسات التربية الاجتماعية وتتمثل بما يلي:

١- العمل على مساعدة الطفل المعوق على التكيف الاجتماعي.
٢- مساعدة الطفل على تحسين قدراته وإنجازاته وتحصيله في المجالات الجسمية والعقلية والتي تعاني من قصور وظيفي فيها.
٣- معاملة الطفل المعوق كإنسان له قيمته وكرامته واحترامه وحقه الطبيعي في الحياة (هدف ديني وأخلاقي).
٤- إعطاءه فرصة متكافئة في التربية والتعليم والتأهيل حتى يمكنه القيام بواجباته في الحياة اليومية والاعتماد على النفس في كسب العيش. (محمد حسين، ١٩٩٣).

وكما تتم عملية تأهيل المعاقين بهدف:

١- التوافق الشخصي والانفعالي والإعداد للحياة بما يمهد لهم تنمية طاقاتهم ويضمن لهم الاستفادة من الخبرات المقدمة لهم.

٢- التوافق الاجتماعي وتكوين علاقات اجتماعية سليمة.

٣- التوافق الاقتصادي عن طريق تعليمهم وتدريبهم على مهنة معينة مناسبة واكتساب المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية ويساعد الإعداد المهني، وبالتالي للإلتحاق بعمل معين على تحقيق قدر مناسب من الاستقلال الاقتصادي والتوافق المهني

٢. التنظيمات التعليمية والتربوية للأطفال غير العاديين:

هناك العديد من التنظيمات التعليمية والتربوية التي يمكن استخدامها مع الأطفال غير عاديين كإقامة المدارس الداخلية أو المدارس الخارجية والمدارس الخاصة، والفصول الخاصة للخدمات الخاصة والمدرس المتنقل والتدريس في المنزل أو المستشفى، وسوف أتناول بعض هذه التنظيمات ببعض التفصيل ومنها :

١- المدارس الخاصة: حيث تعتبر المدارس الداخلية من أقدم النظم التي اتبعت في تربية الأطفال غير العاديين، ويقبل فيها الطفل وخاصة المعاق سواء أكانت إعاقة بدنية أم عقلية ويقضي فيها سنوات عديدة تقدم له في أثنائها الرعاية اللازمة فيقيم في المدرسة ويقدم له الغذاء وتوفر له وسائل المعيشة المختلفة كما تقدم له فيها الخدمات الطبية والنفسية والتربوية.

٢- المدارس الخارجية: وثمة نوعان من هذه المدارس الخارجية: يقتصر النوع الأول على قبول فئة واحدة من غير العاديين مثل: المكفوفين أو الصم أو المتخلفين عقلياً وأما النوع الثاني فيقبل به أكثر من فئة واحدة من الأطفال غير العاديين حيث تقبل المدرسة فئات مختلفة مثل المكفوفين والصّم.

٣- الصفوف الخاصة: ويعتبر هذا النوع من التنظيم المدرسي أحدث أنواع التنظيمات التي صممت للتغلب على نواحي قصور المدارس الخاصة سواء الداخلية أو الخارجية حيث يتعلق الأطفال غير العاديين بصفوف خاصة بالمدارس التعليمية

العادية حيث يبقى الطفل بالصف الخاص في أثناء الفترة التي تقدم إليها خدمات تربوية خاصة ويشترك مع غيره من الأطفال العاديين في أنواع النشاط التي لا تتأثر بنوع الانحراف الذي يتصف به سواء أكان ذلك في أثناء الدراسة أو في برنامج النشاط حيث إن الصفوف الخاصة تركز على الأسس التالية:

٤- حجرة الخدمات الخاصة : وفي هذا النوع من التنظيم المدرسي توجد حجرة بالمدرسة العادية وبها أخصائي في التربية الخاصة، بحيث يقوم بتقديم خدمات إلى الأطفال غير العاديين الذين يوجدون في الصفوف العادية، وقد اتبع هذا التنظيم مع المكفوفين وضعاف البصر والصم وضعاف السمع ولكنه لا يصلح في حالة المتخلفين عقلياً أو المعوقين وهذا النظام يقوم على أساس الفلسفة التي تنادي بضرورة إدماجه بالصف العادي إذا توافرت لديه القدرة التي تمكنه من تحصيل المواد الدراسية التي تقدم له ولغيره من المبصرين ويذهب إلى طريقة معينة إلى حجرة الخدمات الخاصة حيث يساعده الأخصائي في التغلب على الصعوبات التي تواجهه في علاقته مع الاخرين٠

٥- المدرس المتنقل : وهذا نوع آخر من التنظيمات المدرسية وهو شبيه بالنظام السابق ووجه الاختلاف هو أن حجرة الخدمات الخاصة تقدم خدماتها إلى مدرسة واحدة، أما المدرس المتنقل فيستطيع أن يقدم خدماته إلى أكثر من مدرسة متنقلاً من مدرسة إلى أخرى، وواضح أن هذا النوع من النظام يقبل الطفل غير العادي بالصفوف العادية وتقدم إليه الخدمات التربوية اللازمة عن طريق تعاون وتكامل جهود كل من المدرس العادي ومدرس التربية الخاصة ويعدّ هذا النوع من التنظيم المدرسي في حالة المكفوفين وضعاف البصر وحالة الصم وضعاف السمع (عبدالرحمن سليمان، ١٩٩٧).

- **أهداف ورعاية تأهيل المعاقين تتمثل من خلال مايلي:**

١- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات المعاقين.

٢- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات المعاقين.

٣- إعداد طرائق التدريب لكل فئة من فئات المعاقين لتنفيذ وتحقيق أهـداف الـبرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.

٤- إعـداد الوسـائل التعليميـة والتكنولوجيـة الخاصـة لكـل فئـة مـن فئـات المعـوقين كالوسائل الخاصة بالمكفوفين أو المعوقين عقلياً أو سمعياً أو بصرياً.. الخ.

٥- إعــداد برامج الوقاية من الإعاقة والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقـة عـن طريق عدد من البرامج الوقائية (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠).

" المتخلفين عقلياً "

التخلف العقلي عبارة عن: تأخر أو بطء في تطـور الطفـل العقـلي بحيـث يـتعلم الطفل الأشياء ببطء أكثر من الأطفال الذين في مثل سنه، وقد يتـأخر الطفـل في التحـرك والابتسام والاهتمام بالأشياء واستعمال يديه والجلـوس والمشي والكـلام والفهـم، أو أنـه يطور بعض هذه المهارات ويكون بطيئاً في تطوير بعضـها الآخـر، وتشـير المراجـع إلـــى عدد من التعريفات للتخلف العقلي من وجهات نظر مختلفـة، فقـد عـرف تريـد جـارد (Tred Gold) التخلف العقلي من وجهة نظر الصـلاحية الاجتماعيـة بأنـه (حالـة عـدم اكتمال النمو العقلي إلـى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مـع بيئـة الأفـراد العاديين بصورة دائمة بحاجة إلـــى رعاية وإشراف ودعم) .

والشخص الذي يعاني من تخلف عقلي تتوفر فيه الصفات التالية:

١. عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غـير قـادر عـلى التكيـف الاجتماعـي بالإضافة إلـــى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.
٢. إنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.
٣. إن تخلفه العقلي قد بدأ إما منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكرة.
٤. إنه سيكون متخلفاً عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.
٥. يعود تخلفه العقلي إلـى عوامل تكوينية إما وراثية، أو نتيجة فرص ما.
٦. إن حالته غير قابلة للشفاء.

أما تعريف هبر (Hebar) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومؤداه أن التخلف العقلي يشير إلــى مستوى الأداء الوظيفي الفعلي الـذي يقـل عـن المتوسـط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل واحد أو أكثر من الوظائف التالية:

١- النضج.

٢- التعليم.

٣- التكيف الاجتماعي .

ويـذكر سـميت (Smith, 19) أن الجمعيـة الأمريكيـة للتخلـف العقـلي حاولـت توضيح هذا التعريف عن طريق النقاط الأساسية التالية: (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠)

١- أقل من متوسط:

وتعنـي أن علامـة الفـرد في اختبـار الـذكاء بالمقارنـة مـع أبنـاء عمـره لا تتعـدى السادسة من عمره بمعنى أن هذا العدد سيكون من بين فئة ١٦% الدنيا من أبناء عمره في أدائه العقلي.

٢- الأداء الوظيفي:

وتشير إلـى أن العدد قد خضع إلـى عملية تقييم عن طريق أداء أو أخبار تتمتع بقدر كاف من الشمول بحيث يغطي ما أمكن من الخصائص العقلية التي يمكن قياسها.

٣- مرحلة النمو:

ويقصد بها المرحلة التي تمتد منذ بداية الإخصاب حتى سن السادسة عشرة .

٤- النضج:

ويشير إلـى المعدل أو الدرجة التـي تنمـو إليهـا المهـارات الأساسـية التـي تـرتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة ويكون التأكيد هنا على مهـارات مـن مثـل الحبو والمشي والكلام والتحكم بعمليات الإخـراج والأكـل ومشـاركة الآخـرين مـن نفـس العمر بمستوى مقبول.

٥- التعليم:

ويشير إلـى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة.

٦- **التكيف الاجتماعي:**

ويشير إلـى قدرة الفرد على ممارسة الاستقلالية في المحافظة عـلى الـذات في البيئـة المحلية وخلال سنوات المدرسـة الأولى، إذ إن مصـطلح التكيـف الاجتماعـي يشـير إلــى قدرة الفرد على التعامل مع زملائه من الطلبة والوالدين وغيرهم ممـن يمثلـون السـلطة والأطفال الأصغر سناً.

أما العوامل السببية للتخلف العقلي فقد أظهرت العديد من الدراسات أن هنـاك ما تزيد عن مائة سبب للتخلف العقلي، وأن هذه الأسباب جميعاً تعتبر مسـؤولة فقـط عن حوالي ٢٥% من حالات التخلف العقلي التي أمكن حصرها واكتشـافها لـذلك يمكـن تقييم حالات التخلف العقلي وفقاً لوجهة نظر السببية إلى قطاعين :

- القطاع الأول: ويضم ٧٥% من الحالات وهي تمثل الأفـراد القـادرين عـلى الأداء الوظيفي ولكن بأساليب محددة ولا توجد بها دلالة على وجود تلـف في المـخ، ويحـدث التخلف العقلي من مشابكة وهي:

١. حالة وراثية معقدة وغير واضحة.
٢. أسباب ما قبـل الـولادة مثـل: العـدوى، تنـاول الأم الحامـل للأدويـة دائمـة الآثـار الجانبية، العوامل الإشعاعية وغير ذلك.
٣. أسباب راجعة إلــى حالة الولادة: الولادة المبكرة، الاختناق.
٤. أسباب راجعة إلــى ما بعد الولادة: مثل سوء التغذية.

أما المشكلات الأسريـة المرتبطـة بـالتخلف العقـلي تواجـه آبـاء وأمهـات الأطفـال المولودين ذوي التخلـف مسـتويات مـن الضـغط أعـلى مـن تلـك التـي يواجهها والـدا الأطفال العاديين، فمثلاً طفل جديـد بصـفة عامـة يمثـل رضـاعة عضـو جديـد في الأسرة واضطراب للنظام الروتيني وذلـك بالتـأثير عـلى حيـاة الإنسـان الماليـة والـدعم الأسري الكامل، فإن ميلاد طفل مع الضغوط المرتبطة بميلاد هذا الطفـل، فوجـود طفـل معـوق بالأسرة يمثل ضغوطاً على الوالدين وانخفاضاً لمستوى أدائهـما لـوظيفتهما والتـي تـرتبط إلـى حد كبير بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة.

ويمارس الوالدان العديد من الضغوط خلال الاستشارة الوراثية والتي تتمثل في:

١. **الضغط التشخيصي: ردود الأفعال الطردية**

قد يتسبب التشخيص الوراثي في حدوث أزمات للفرد داخل الأسرة مثل اليأس من الإنجاب في المستقبل أو توقع وفاة الطفل المعوق، وتكثر أسئلة الأهل حول الحالة، مثل ما الذي يحدث للطفل؟ وما سببه؟ وما هو العلاج المتاح؟ وكذلك يواجه الآباء والأمهات مشكلة الشك وعدم التأكد نتيجة لتضارب في الشخصيات، ولذلك يسعيان إلى مزيد من الأخصائيين نحو مزيد من التشخيص ويستهلكان جزءاً كبيراً جداً من الجهود والوقت والمال الكثير.

٢. الضغط الوالدي والآمال واليأس.

٣. ضغط وقيم المجتمع .

رعاية وتأهيل المتخلفين عقلياً:

تضم فئة المتخلفين عقلياً أفراداً متفاوتين تفاوتاً كبيراً في طبيعة إعاقتهم وحاجاتهم ومشاكلهم، ومع ذلك فإن هناك العديد من الأسس والخصائص العامة التي تساعد على تحديد هذه الفئة كما لا بد من استخدام طرقٍ متعددة من أجل تقديم الرعاية اللازمة لمثل هذه الفئة والتي تتضمن:

١- **تصميم أنشطة خاصة بالمتخلفين عقلياً:**

حيث لا بد من تصميم أنشطة تعليمية مشوقة ومتسمة بالابتكارية والفاعلية وهذا ليس عملاً سهلاً كما أنه يكون أكثر صعوبة بالنسبة لمدرس المتخلفين عقلياً، لذا لا بد عند تصميم أنشطة تعليمية يجب الأخذ بعين الاعتبار خصائصهم التعلمية الفردية وأن يكون لدينا علم مسبق بنقاط الضعف والقوة لديهم، وهناك إرشادات عامة تمثل أنشطة مصممة فإذا توافرت كافة الاعتبارات في نشاط معين فإنه نظرياً يجب أن يعتبر نشاطاً دائماً للمتخلفين عقلياً وهذه الاعتبارات تتمثل بما يأتي:

١- ضع في ذهنك الأهداف المحددة للأنشطة عند تصميمها وليس بالضرورة أن يكون هناك هدف واحد لكل نشاط، فالنشاط الجيد قد يخدم عدة أهداف ولذا فإن الأنشطة يجب أن لا تصمم لمجرد التسلية تلاميذ وإشغالهم.

٢- صمم الأنشطة بحيث تكون واضحة وسهلة بقدر الإمكان.

٣- اجعل الأنشطة مختصرة وفق نقاط محددة ينتهي منها الطلاب في حدود فترة زمنية مناسبة لذلك النشاط، بحيث يضمن مشاركة التلاميذ في العناصر الهامة للنشاط.
٤- تصميم وإبراز الأنشطة في تتابع بحيث تسمح للتلميذ باتباع الخطوات المتعاقبة
٥- العمل على توافر عنصر النجاح في الأنشطة.
٦- يجب أن تشتمل الأنشطة على تدريبات تعليمية كثيرة بحيث تتضمن تدريبات على شكل ألعاب وأن يمارس التدريبات بصورة مختلفة.

وأخيراً عليك تصميم الأنشطة التي يمكن للتلاميذ أن يلهوا من خلالها فالتعليم عادة يكون سهلاً عندما يكون على شكل لهو.

٢- أهداف وبرامج تربية وتأهيل المتخلفين عقلياً:

وتهدف برامج التربية للمتخلفين عقلياً أساساً على معاونة المتخلف عقلياً حتى يصبح مواطناً صالحاً منتجاً ومعتمداً على ذاته معتمداً بها وأيضاً مساعدته على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي وذلك بطبيعة الحال في حدود ما تسمح به قدراته وإمكاناته التي منحته الطبيعة إياه وفي ضوء خصائصه واحتياجاته كما يجب أن يوجه برنامج تربية وتأهيل الأطفال المتخلفين عقلياً نحو تحقيقه الأهداف التالية: (كمال سليمان، ١٩٩٤).

١. التوافق الشخصي والانفعالي: وهو هدف أساسي للوصول بالطفل المعوق إلى التوافق الشخصي والانفعالي وذلك لأن الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية وتوافق شخصي وانفعالي يتعذر عليه ان يقيم علاقات اجتماعية ناجحة وبضمان نضجه الاجتماعي والانفعالي يجب أن يتقبل الطفل المتخلف عقلياً ذاته أولاً ويثق بنفسه ثم مساعدته أيضاً على تحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق الاجتماعي.
٢. التوافق الاجتماعي: حيث إن توفير الخبرات الضرورية تساعد على نضج الطفل المتخلف عقلياً وتساعده على التوافق الاجتماعي حيث إن نضج الفرد واستقلال شخصيته يساعد على التكيف للمواقف الاجتماعية المختلفة، وهذا يأتي عن طريق تدريب الطفل على أنواع التوافقات التي تتمشى مع مستواه وتوفير الخبرات الاجتماعية اللازمة بها حتى تتمشى مع تطور نمو الفرد المعوق بما يؤدي إلى تحقيق المستوى الملائم من النضج الاجتماعي.

٣. التوافق الاقتصادي: ويتوقف تحقيق هذا الهدف على مدى تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي للطفل المتخلف عقلياً حيث إن المهارات والخبرات اللازمة وكذلك القدرة على إنجاز الأعمال والمقدرة على التعامل مع الآخرين يؤدي إلــى تحقيق استقلال اقتصادي.

ومن الاستراتيجيات المهمة لتربية وتعليم المتخلفين عقلياً ما جاء به الطبيب الفرنسي (إيتارد) عندما حاول تدريب الطفل الذي وجده في غابة أفيرون في فرنسا والذي كان في حوالي الثانية عشرة من عمره اتبع إيتارد مع هذا الطفل أسلوب تدريب الحواس والتطبيع الاجتماعي لمدة خمس سنوات، وأيضاً ما جاء به (سيجان) حول النظرية الفسيولوجية حول التخلف العقلي والتي تتلخص في أن التخلف العقلي نوعان: الأول سطحي والنوع الثاني جادوان النوع الأول هو الذي يتلف فيه الجهاز العصبي المحيطي وأما النوع الثاني جادوان وهو الذي ينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي ولتطبيق هذه النظرية قام (سيجان) بوضع برنامج علاجي لتعليم وتدريب المتخلفين عقلياً ويمكن تلخيص هذا البرنامج في النقاط التالية:

١. يعتمد علاج النوع الأول من التخلف العقلي على تدريب العضلات لاستشارة الأعصاب المستقبلة لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبي المركزي.
٢. يعتمد علاج التخلف العقلي على إحداث صدمات للجهاز العصبي المركزي نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكي تنشط الخلايا العصبية في القشرة المخية فتؤدي عملها بمعدل أكثر نشاطاً.
٣. تم تدريب الجهاز العصبي عن طريق أنشطة تعتمد على إشباع حاجات الفرد ورغباته بحيث تكون هذه الأنشطة من الحياة اليومية المعتادة للطفل.
٤. الاتجاه في تعليم المتخلفين عقلياً من الكل إلى الجزء: فمثلاً كان التدريب الحركي يبدأ بالأرجل، فالقدمين، فاليدين، فالكتفين، فالذراعين، فالرسغ، فالكف، وأخيراً الأصابع.

٥. كانت صفوف المتخلفين عقلياً التي أنشئت في الهواء الطلق تعتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته، كما تعتمد على أنشطة لتنمية الوظائف الحركية والصوتية وأعضاء الجسم الضعيفة التكوين.
٦. إن الأيدي هي المدخلات لخبرات الطفل ولا بد أن يمارس بها الاتصال بالحياة الخارجية.
٧. تدريب حاسة السمع بحيث يتدرج من العام إلى الخاص.
٨. الاهتمام بعلاج مشكلة الكلام ثم الكتابة ثم القراءة.
٩. تدريب البصر عن طريق تدريب الطفل على استخدام الألوان والأشكال المترابطة والأبعاد والمسافات والمستويات وفي نفس الوقت يستطيع إمساك الأشياء بيديه (التناسق البصري الحركي أو تناسق العين مع اليد).

وقد أدى الاهتمام باستراتيجيات تربية وتعليم وتدريب المتخلفين عقلياً الى التوسع في إنشاء المراكز والمدارس والصفوف الخاصة بفئة القابلين للتعلم في أمريكا وفي أوروبا وكذلك في وطننا العربي، فقد بلغ عدد المؤسسات التي تعنى بالمتخلفين عقلياً في الوطن العربي إلى حوالي ٤٨ مؤسسة، وهي في ازدياد مستمر (كمال سليمان، ١٩٩٤).

" مبادئ رعاية ضعاف العقول"

بداية يمكن تقسيم الضعف العقلي إلى ثلاث فئات وتوجد في الدول المتقدمة برامج خاصة ومدارس خاصة لكل فئة من هؤلاء الأطفال المعوقين، وفي الدول العربية توجد الفئة الأولى وهي الأبله، وهي التي تسمى بمدارس التربية الخاصة، إن فئة الأطفال المعوقين عقلياً الذين يتلقون تعليمهم في مؤسسات تربوية والتي تسمى بمدارس التربية الخاصة وعلى الرغم من ذلك فإن تلك الفئة من الأطفال المعوقين عقلياً في أمس الحاجة إلى منهج خاص أو برنامج دراسي خاص يلائم قدراتهم المحددة على الفهم والتفكير ويتناسب مع قدراتهم الجسمية وتآزرهم الحركي الحسي- الإدراكي، أيضاً فإن العملية التربوية في تلك المدارس ما زالت تقوم على أساس الفهم والاجتهاد الشخصي- للقائمين على تربية الأطفال المعوقين عقلياً أو المتخلفين عقلياً وكل ما يدرس من مناهج أو برامج تعليمية مبني على أساس من توصيات وتوجيهات من المختصين بالتربية الخاصة أو

الأخصائيين في إدارة التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم، وفي كثير من الأحيان يضطر المدرس في مدارس التربية الخاصة إلى اللجوء إلى برامج المدرسة العادية وطرق تدريسها وهنا تواجه العديد من المشكلات. فعندما يستخدم مدرس التربية الخاصة المناهج الدراسية للمدرسة العادية مع الطفل المعوق عقلياً وفي سن يتراوح بين ١٩ – ٢٠ سنة تصبح تلك المواد الدراسية بطبيعة الحال غير ملائمة لقدرة هذا الطفل على التعليم فضلاً عن أن مدرسة التربية الفكرية تفتقد في الواقع طرق التدريس التربوية الخاصة.

هذا ولا توجد في تلك المدارس مرحلة تعليم مهني للشباب ضعاف العقول، بالمعنى الذي يؤهلهم ويعدهم فضلاً للقيام بأعمال مهنية في مجالات الإنتاج المختلفة، وهذا معناه أن لا تتاح لخريجي مدارس التربية الخاصة بعد انتهاء المرحلة الابتدائية فرص تعليم مهني أخرى أعلى من تلك المرحلة علماً بأن هذا الطفل المعوق عقلياً أحوج بكثير من الطفل العادي إلى مثل هذا النوع من التعليم المهني الذي يناسب قدراته العقلية، والجسمية المحددة والقاصرة على مواصلة التعليم الأكاديمي النظري نظراً لقصوره العقلي.

وفي الواقع تسعى الدول المتقدمة دائماً إلى حد فترة التعليم الإلزامي لتزويد الطفل العادي بما يلزم من معلومات وخبرات تساير العصر المتقدم والمتطور باستمرار وفي الوقت الذي تسعى فيه الدول المتقدمة إلى ذلك وفي حين أن الطفل المعوق يحتاج إلى وقت أطول لتعليمه وتدريبه إلى حد أطول نتيجة لإمكانياته المحددة التي تستوجب مد فترة التعليم والتدريب إلى حد أطول من فترة تعليم الطفل العادي ذي الإمكانيات والقدرات المتوسطة وفوق المتوسطة نجد أن هذا الطفل لا تتاح له الفرص المتكافئة في التعليم بما يتناسب وقدراته وإمكانياته، والواقع إن عدم توفير الإعداد المهني المناسب لهذا الطفل يعني إلصاقه إلى جيش الأمية مما يزيد من حدة المشكلة وصعوبة حلها، فضلاً عما يعنيه عودة الطفل المعوق بعد إتمام دراسته في مدرسة التربية الخاصة دون إعداد مهني مناسب إلى المنزل، الأمر الذي يعوق تكيفه الاقتصادي والاجتماعي ويجعله غير قادر على ممارسة أعباء الحياة، وما يعنيه ذلك من خسارة فاقد تعليمي واقتصادي كان من الممكن تفاديه لو وضع المختصون باعتبارهم عند وضع مناهج وبرامج التربية الخاصة لهذه الفئة من المعوقين الاهتمام بالتعليم المهني الحرفي وإعداد هؤلاء الأطفال والشباب

إلـى الحياة العملية بما يضمن لهم مستقبلهم وتكيفهم النفسي والاجتماعي، ويجب أن يراعي المنهاج التربوي لهؤلاء الأطفال مبادئ هامة مثل:

١. تحسين المهارات العامة التي تتصل بالحياة اليومية والاجتماعية.

٢. تحسين المهارات والقدرات على فهم واستخدام تلك المهارات في الحياة العملية وتطبيقها سواء أكانت أكاديمية أم عملية أم مهنية بمعنى أن تكون المعلومات ذات قيمة وفائدة عملية في حياة المعوق.

كما يجب تعليم الطفل المعوق المهارات الأساسية أو أدوات المعرفة الأساسية أهمها القراءة، والكتابة، والحساب، لمساعدته على تحقيق الاتصال الناجح بالبيئة من حوله كما يجب ان يحتوي المنهاج على المعلومات العامة بخصائص البيئة المحيطة بالطفل ومميزات المجتمع (لذلك الطفل) الذي يعيش فيه، وينتمي إليـه ولمساعدته على التكيف في مجتمعه يجب ان يحتوي المنهج على برامج التربية الدينية والأخلاقية والقيم والمثل العليا مثل: النظام والنظافة والتعاون والصدق والأمانة والإخلاص في العمل والاحترام والتسامح وما إلـى ذلك إلـى أن يتم تعليمهم تلك الأشياء عملياً، كما يجب أن يشمل المنهاج العناية بالصحة النفسية والجسمية للطفل المعوق عقلياً.

وكذلك العناية بالتربية الرياضية لتنمية قدراته على التآزر والتوافق الحركي، كما يجب إتاحة الفرصة لمثل هذا النوع من الإعاقة من الأفراد للتعبير عن ذاته من خلال التربية الفنية والموسيقية والأنشطة الأخرى المختلفة، وأيضاً يجب ان يحتوي المنهج الخاص بخبرات عملية مهنية وتدريب عملي كاف على المهن التي تتناسب مع ميول الطفل الطبيعية وقدراته الخاصة وذلك لإعداد الحياة العملية والمشاركة في تنمية مجتمعه ومساعدته على ان يعول نفسه ويكسب تعلمه كما يجب أن يساير هذا الإعداد المهني للطفل المعوق برنامج وإرشاد وتوجيه وأيضاً يجب أن لا يتزايد فترة النشاط النظري الأكاديمي عن نصف ساعة تقريباً حتى لا يمل الطفل المعوق أما بالنسبة للأنشطة العملية والتدريبات الأخرى فيمكن أن يزيد معدل الوقت أو الزمن المتاح لها حسب قدرة الطفل وعلى الاستمرار وما يعرفه المـدرس من رغبة الطفل وحبه لنوع النشاط الذي يمارسه، (محمد حسين، ١٩٩٣).

كذلك يجب العمل على تقديم المعلومات النظرية والخبرات العملية من خلال العمل والتجربة والخبرة هي ما تسمى بطريقة المشروع والتي عن طريقها يتعلم الطفل المواد والخبرات المختلفة بطريقة عملية تجريبية يحدد فيها دراسته موضوع معين من كل جوانبه، وكما يجب أن يستخدم المدرس في تقديم برنامجه التربوي للأطفال ضعاف العقول كلما أمكن الوسائل التعليمية والتوضيحية المعنية والمناسبة هذا من أهم الأسس التي يقوم عليها تعليم الطفل المعوق وهي إثارة رغبته في التعلم وتحفيزه لكل الوسائل المادية والمعنوية على الإنجاز وتحفيزه بكل الوسائل وتوفير فرص النجاح له وتشجيعه بكل الطرق المناسبة وكذلك تدريبه التدريب المناسب.

- لقد كثرت الاضطرابات النفسية في العصر الحالي وذلك نتيجة لتعقد الحياة والتطورات الاجتماعية المختلفة مما أدى إلـى وجود ضغط على مهنة الإرشاد والعلاج النفسي، وذلك من قبل الأفراد والمؤسسات الاجتماعية المختلفة سعياً وراء المساعدة بالإضافة إلـى ذلك دارت المعلومات العلمية حول أثر الجماعات الكبيرة والصغيرة في سلوك الفرد ينطوي عليه هذا السلوك من سوء أو إنحراف مما يتمم الاستعانة بالجماعة كوسط إرشادي أو علاجي لتقويم السلوك الاجتماعي للمسترشد فالإرشاد والعلاج النفسي الجماعي ينطلق من مسلمة مؤداها أن الموقف الجماعي بعلاقاته المتعددة التي تقوم بين الأفراد يكون أقرب إلـى الحياة الواقعية بالمقارنة مع العلاقة الإرشادية في الإرشاد الفردي، كما أنه يفيد في دعم الجانب النفسي للأعضاء ويفيد كذلك الأشخاص الانطوائيين وكذلك الانبساطيين من أجل تنظيم حالاتهم بشكل صحيح وسليم .

فتأثير الجماعة في إحداث التغيرات السلوكية لدى الأفراد ثابت عملياً منذ قرون عديدة إلا أن الإرشاد والعلاج النفسي يعد ظاهرة خاصة بالقرن العشرين، فقد أشار أدلر ويونغ في أكثر من مناسبة إلـى اعتماد الجماعة في التأثير على الفرد واعتماد عدد من تلاميذ أدلر في الربع الثاني بمعالجات تعتمد على الجماعة كما يذكر كورسيني "أن هناك خمسة وعشرين شكلاً من المعالجات النفسية الجماعية بأسمائها منذ منتصف الخمسينات

استخدمت في المجال الطبي والتربوي والمهني والعقائدي وأصبح هذا الاهتمام ظاهرة شائعة في أواخر الستينات وأوائل السبعينات.

والواقع أن هذا الاتجاه في الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي ينطلق من كون الإنسان عبارة عن كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية واجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحب والأمن والطمأنينة والتقدير والمشاركة الوجدانية والانتماء والنجاح والتكيف، كما ان العزلة الاجتماعية قد تكون سبباً من أسباب المرض النفسي وتدعيمه، ويرى بعض المعالجين النفسيين ضرورة تجانس أفراد المجموعة خاصة في النواحي العقلية والأعراض المرضية، لأن هذا التجانس يلعب دوراً هاماً في تماسك أفراد الجماعة، وفي تفاعلهم خاصة إذا كان المعالج سوف يعتمد في علاجه على طريقة الشرح والمحاضرة والمناقشات كما أن هناك أسساً لا بد للمعالج والمرشد النفسي الجماعي بالاعتماد عليها عند علاجه، وهي:

١. توفير فرص للتفاعل الاجتماعي أوسع تضم المعالج أو المرشد والمسترشد يقوم كل منهم بمهمة، ويصبح كل منهم مرسلاً ومستقبلاً للتأثيرات الإرشادية وهذا ما يوفر أساساً متيناً في إنجاز الإرشاد النفسي مهمته.
٢. ضرورة توفير فرص للمسترشد لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الأمن وإلى النجاح وإلى تقدير الذات والحاجة إلى الإحساس بالمسؤولية تجاه الآخرين والحاجة إلى الحب والمحبة مما يلزم في المستقبل حياة المسترشد وحاضره.
٣. أن يتيح فرصة للمسترشد يرى نفسه وذلك من خلال الجماعة بحيث يستطيع المسترشد مقارنة نفسه بالآخرين ورؤية حاجاته ونجاحاتهم كما يرى فيها مشكلاته ومشكلاتهم مما يخفف لديه إحساسه بخطورة حالته وهذا ما يعزز سلوكه المعدل وذلك من خلال رؤية ما يصل إليه وما يصل إليه الآخرون بالإضافة إلى أن وجوده بجانب من هم أحسن حالاً يساعده على تقييم مشكلته ووضعها في موضعها الصحيح.

٤. أن يقوم المعالج أو المرشد بملاحظة سلوك المسترشد في مواقف اجتماعية فيها الكثير من المؤثرات والاستجابات وأساليب الدفاع، وهذا ما يمكن ملاحظته في الإرشاد الفردي.

ويعد الموقف الإرشادي بمثابة الحافز للمسترشد حيث إن ترقب ما سيقوله كل مسترشد في الجلسة الإرشادية الجماعية يزيد من قوة الحافز التي تستثير المسترشد للبحث عن تحليل حالته وعن حل مشكلاته.

ويوفر العلاج النفسي الجماعي فرصة للمسترشد للقيام بدور معين فقد يسهم في قيادة فعاليات الجماعة وقد يشارك في تنفيذ ما يطلبه منه الآخرون وقد يلعب دور الوسيط أو المتحمل لأعباء الآخرين وهذا يوفر للمسترشد فرصة الكشف عن مشاعره وتنفيذه واقعيا.

تعددت الطرق المستخدمة في الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي وقد كان معظمها ذا منحى تعليمي حيث نجد المرشد يحاضر ويناقش ويوجه بعد أن يختار جماعة أو جماعات صغيرة متجانسة من حيث العمل والحبس وأنماط الشخصية وتشابه الأعراض، وبعد تطور الدراسات في ميدان الإرشاد النفسي الجماعي لجأ المرشدون إلى أساليب تختلف حسب اختلاف المسترشدين وأعرافهم وظروفهم ويمكن إيضاح هذه الأساليب بما يلي:

١. أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية:

ويُعد (مكسويك جونر) من رواد من استخدم هذا الأسلوب في الإرشاد النفسي- الجماعي في أثناء الحرب العالمية الثانية حيث إن هذا الأسلوب يقوم على جهد ينطلق من المرشد الذي يقوم بدور القائد فيلقي محاضرة أو يريد نقاشاً وقد يستعين بذوي التخصص والخبرة لمساعدته في ذلك وأما المحاضرون فهم المسترشدون الذين يتشابهون في المشكلة ذاتها لهذا يجب أن يكون بإعداد المحاضرة مناسباً للمسترشدين ليتعلموا مزيداً من المعارف والأفكار فيما يتصل بفهمهم العملية وما يتعلق بالمشكلة التي يعانون منها وبطريقة حلها، ومواجهة الاضطرابات التي يشكون منها فالطرح المناسب للمشكلة من قبل المرشد يعد مثيراً قوياً لاشتراك أعضاء الجماعة في المناقشة إذ ان سلوك المرشد أثناء المحاضرة ووقوفه عند بعض الحالات والتي لها واقع للمسترشدين للمساهمة بشكل

فعال وفي هذا الأسلوب يفضل البدء بمناقشة المشكلات النفسية الاجتماعية العامة، ثم ينطلق منها إلـى المشكلات الخاصة المشتركة بأعضاء الجماعة ويكون محور المناقشات حالات افتراضية بأسماء عامة وهمية ولكنها تلمس الواقع الذي يعاني منه أعضاء الجماعة ويستمع لأسئلة المحاضرين ويتعاون معهم على الإجابات السليمة وإبداء الرأي في حالات وفي النهاية تكون النتائج فهم المسترشد للمشكلة من خلال المناقشة وإجابات الآخرين ومن خلال رؤية مشكلات الآخرين وما انطوت عليه من عوامل، ويستخدم هذا الأسلوب مع عصابيين أو عدوانيين يمرون بمشكلات تكون أقل من ذلك صعوبة ولكنها تزعجهم وتضايق إنتاجهم في عملهم وفي المناقشة الجماعية يكون هناك عدة خطوات لا بد من اتباعها وهذه الخطوات هي (أحمد الزعبي، ١٩٩٤):

١- السكوت حتى يبدأ أفراد الجماعة بالحديث .
٢- يقوم المرشد بافتتاح الجلسة الإرشادية إذا لم يبدأ أحد من أفراد المجموعة بالحديث:

حيث يقول "هل من الممكن أن نبدأ بالحديث؟ أو يسأل عن المواضيع التي يرغب أعضاء المجموعة البحث فيها، ويمكن أن يقول المرشد: " هل يستطيع أحد منكم الكلام ويمكن البدء من خلال تقديم كل فرد لنفسه مع التحدث قليلاً من حياته، وفي حالة عدم الاستجابة من أي عضو من المجموعة يمكن للمرشد ان يتدخل قائلاً: "في الظاهر أن السكوت يخيم على كل عضو في المجموعة وأنه من الصعب البدء في الكلام".

١- أسلوب عرض الوسائل السمعية والبصرية:

إن هذا الأسلوب يساعد في عرض مظاهر انفعالية سلوكية منها أفلام تعليمية ذات أثر بعيد في نفسية أعضاء الجماعة ويشترط في هذه الوسائل أن تكون ذات صلة وثيقة بمشكلات المسترشدين التي يعانون منها.

٢- الأسلوب المختلط:

والحق فإن هذا الأسلوب الأفضل في أساليب الإرشاد النفسي الجماعي هو ذلك الذي يستطيع المزج المتوازن بين الأساليب المذكورة سابقاً بحيث تكون المحاضرة ذات طول معقول يعقبها ويتخللها نقاشات بناءة مع عرض لبعض جوانب تمثيلية مسرحية،

فالهدف أولاً وأخيراً هو المسترشد والذي نسعى لجعله أساليب سلوكية صحيحة تجاه نفسه وتجاه الآخرين من حوله.

الصحة النفسية للأسرة:

لقد حفلت العلاقات الأسرية بالكثير من اهتمام الباحثين والدارسين وتنوعت أهداف تلك الدراسات وتناولت في المقام الأول أهمية وجود العلاقات الدافئة الصحية وضرورتها لنمو شخصية أفراد الأسرة وتناولت أثر تلك العلاقات على كل مظهر من مظاهر النمو النفسي للفرد وطبيعة العلاقة داخل مراحل النمو المختلفة والعوامل الإيجابية والسلبية وتكاد تحصر أهم أسباب الدراسات الأسرية لعدة أسباب هي:

١. ما أكدته الدراسات من تأثير العلاقة بين الأبوين والأطفال على نمو شخصياتهم وعلى مظاهر النمو العقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي لديهم.
٢. ما أكدته أداء التحليليين القدامى والجدد وغيرهم من تأثير الخبرات المبكرة على سلامة الشخصية وعلى الصحة النفسية في المستقبل.
٣. وجود النظرة التقليدية إلـى تأثير الوراثة الأسرية وتأثير اتجاهات الأسرة وأساليبها في التنشئة الاجتماعية ومستواها الاجتماعي والاقتصادي والثقافي على ذكاء الأطفال وإمكاناتهم العقلية والجسمية والنفسية وعلاقاتهم الاجتماعية.
٤. ما كشفت عنه الحركات العلمية ودراسات الصحة النفسية من وجود علاقة بين أنماط التفاعل الأسري والعلاقات الأسرية وبين ما يصاب به الأبناء من اضطرابات نفسية أو ما يتعرضون له من انحرافات سلوكية. (حامد الفقي، ١٩٨٤).

ويرى العلماء أن عملية تكوين الذات الأولى أو الآن تسير في خط متوازن مع العلاقة مع الأم فتحقق درجة من الوعي العقلي والانفعالي المبدئي بالاستقلال عن الأم أو الانفصال البدني ويعتبر أساساً لنمو الذات ، ولذا فإنه من الضروري تشجيع النشاط الحركي المستقبل للطفل وتشجيع النشاط الذاتي مثل الاستكشاف والاستطلاع في جوانب البيئة من حولـه حتى يتم الانفصال الذاتي وتتضح الذات لدى الطفل بالتدريج دون النظر لنوع آخر من أمراض العلاقات الأسرية وتعتبر العملية التي تتم فيها بالتدريج تكون الذات أو نمو الاستقلال الذاتي في العامين الأول والثاني من عمر الطفل من أخطر المراحل التي

تمر بها العلاقة النفسية بين الطفل والأم وأبعدها تأثيراً فيما يتعرض له من اضطرابات أو ما يتمتع به من صحة نفسية في المستقبل.

ونظراً لكون الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها والتي تتعرض لها الأسرة وخاصة في ظل الأوضاع العالمية الراهنة تعتبر مرة وتؤدي أحياناً إلى تحطيم القيم الأسرية الراسخة والى كثرة الصراعات واضطراب العلاقات وتعارض الرغبات في الدوافع والحاجات وازدياد القلق والتوترات، فقد اتجه العلاج الأسري إلى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة. (علاء كفافي، ١٩٩٩).

٣- تقوية القيم الأسرية والإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة.

٤- العمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسري مشبع.

٥- تحقيق الإنسجام التوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة وفتح قنوات الاتصال بينهم ليتمكنوا من مناقشة مشكلاتهم بصراحة والتعبير عن انفعالاتهم تجاه بعضهم البعض بحرية، والتعرف على الخلل الوظيفي الذي تسرب إلى العلاقات الأسرية والذي أدى إلى اضطراب هذه العلاقات إذ إنه من المشاكل الأسرية التي تواجه العديد من الأسر عدم القدرة على التفاهم الفعال والمباشر بين أفراد الأسرة.

٦- مساعدة الأسرة عن طريق المرشد بحل مشاكلها الخاصة وذلك من خلال فتح الحوار البناء بين أفراد الأسرة وجهاً لوجه وبصدق، مما يؤدي في النهاية إلى وضوح وجهات النظر الحقيقية المختلفة وتقبلها.

٧- المحافظة على وحدة الأسرة وتماسكها فكل فرد في الأسرة هو شخصية مستقلة وله كيانه المستقل، بالإضافة إلى كونه عضواً فعالاً في الأسرة ويمثل مع بقية أعضاء الأسرة وحدة اجتماعية متكاملة.

٨- العمل على تحقيق مزيد من النمو النفسي الشخصي ومزيد من الفاعلية في أداء المهمات الاجتماعية ومزيد من التوافق النفسي في جو أسري مشبع بالأمان.

٩- مساعدة أعضاء الأسرة في اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالمستقبل في ضوء اعتبارات الأسرة للقيم الدينية والمالية والنجاح الاقتصادي وأخيراً مساعدة المرشدين في تحديد سلوك الجديد الذي يرونه مناسباً لعلاج مشاكلهم وتدريبهم على كيفية التعامل معه.

وهناك مشكلات أسرية تحتاج إلـى إرشاد حتى يتم التخلص منها ومن هذه المشكلات:

١. اضطراب العلاقات بين الوالدين والأبناء، وقد يكون ناتجاً بخصوص أوضاع ماديـة أو اجتماعيـة أو فكريـة مـما يـنجم عـن اضـطرابات في السـلوك والتـي تظهـر في السلوك على شكل صراع وتباعد واختلاف في الاتجاهات النفسية وحرمان انفعالي.

٢. سوء التوافق بين الوالـدين وهـذا بـدوره يـؤدي إلــى خلافـات متكـررة وتعاسـة زوجية وسلوك شاذ مما من شأنه ان يهدد كيان الأسرة.

٣. الخلافات المستمرة بين الأخوة بحيث يصبح على شـكل ظـاهرة متكـررة في الأسرة وقد يكون ذلك بسبب تمييز الوالدين بين الأخوة في المعاملات أو قوة الكبير عـلى الصغير أو الذكور على الإناث، وهذا ما يؤدي إلـى صراعات متكـررة تنتهـي إلــى اضطرابات نفسية عند البعض مما تستدعي التدخل الإرشادي.

٤. البيئة الاجتماعية الخاطئة في حالات يخطئ بها الوالدين في تنشئة أبنائهم بصورة صحيحة فقد يسوء التسلط في أسلوب تربية الوالدين للأبناء أو التدليل الزائـد أو الإهمال أو التذبذب في المعاملة أو التفريـق بـين الأخـوة أو بـين الكبـار والصـغار والذي مـن شـأنه أن يـؤدي إلــى اضـطرابات نفسـية لـدى الأبنـاء وأيضـاً هنـاك مشكلات ناجمة عن عمل المرأة فقد تهمـل الزوجـة زوجهـا بحجـة عـدم وجـود الوقت الكافي كما أنها تهمل تربية أبنائهـا أو توكـل أمـرهم إلــى الخـدم أو تـرك تربية الأبناء للأجداد المسنين مما يؤدي إلـى خلافات متكررة بين الزوجين ويحتاج ذلك إلـى تدخل إرشادي وأما أسس حـل المشـكلات الأسريـة فيتمثـل بالعقلانيـة والمرونة في التفكير وأيضاً ضبط النفس والـتحكم في الانفعـالات وتحمـل الطـرفين المسؤولية وأيضاً الترويح عن الـنفس، وبالتـالي لا بـد لهـذه الأسرة أن يعـرف كـل منهما مسؤولياته وواجباته بحيـث يحـترم حقـوق الآخـرين مـن أفـراد الأسرة وبالتـالي استخدام أساليب أسرية سلمية وأيضاً لا بد لكل منهم أن يعـرف مالـه ومـا عليـه مـن حقوق داخل الأسرة تؤدي بالنهاية إلـى تحقيق صحة نفسية أسرية بعيدة عن

٥. المشاكل والتي بالنهاية قد تعود تلك المشاكل إلى المجتمع وكذلك كان لا بد ان تعتبر الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى والتي تقي كل أفرادها من الوقوع في المشاكل وتحقيق الصحة النفسية لهم. (أحمد الزعبي، ١٩٩٤).

٥. التدعيم الفارقي وهو مساعدة الفرد على التمييز والتعريف مثيرين وذلك عن طريق القيام بتعزيز استجابة معينة في وجود مثير معين وعدم تفريق نفس الاستجابة في وجود مثير آخر ويسمى المثير الذي يعمل على استجراء الإيجابية بالمثير المميز بينما يسمى المثير الآخر المثير غير المميز.

الأساليب التي تستخدم في العلاج

التعلم بالنمذجة والتعلم الاجتماعي : يعد استخدام أسلوب النمذجة من الفنيات الهامة التي تستخدم في العلاج السلوكي والتي تستمد أصولها من نظرية التعلم الاجتماعي حيث تهدف هذه النظرية إلى إحداث تغيير ملحوظ في سلوك الأفراد نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص آخر حيث ترجع البداية في مجال هذه النظرية إلى العالم باندورا حيث كانت له كتابات واضحة في هذا المجال وتعتبر النمذجة فنية علاجية بسيطة في أساسها وفي تطبيقها وهي تقوم على أساس إتاحة نموذج سلوكي مباشر وغير مباشر للمسترشد حيث يكون الهدف إيصال معلومة للمسترشد حول السلوك المراد إحداثه في شخصيته أو سلوك مراد حذفه موجود عنده أصلا ، واما العوامل التي تؤثر على الفرد وتساعده على الاستفادة منها بصورة أسرع وهي: خصائص النموذج حيث كان النموذج ذو مكانة في نفس المسترشد بتقديره كما كان علية اكتساب السلوك أسرع أما خصائص المشاهدة وهي عمليات الانتباه حيث لابد من المسترشد توجه انتباهه للنموذج بصورة دقيقة وواعية أما عمليات الحفظ فتشمل عملية حفظ المعلومة والقدرة على إعادة استرجاعها وأيضا هناك خصائص متصلة بالإجراءات فقد يرافق عرض النموذج على نتائجها حيث تؤثر المكافأة التي يحصل عليها النموذج على نتائج النمذجة. كما أن وجود اكثر من نموذج يترك آثاراً إيجابية في سرعة استيعاب السلوك وتقليده، أما هذه النظرية فقد حاولت إخراج هذا العلم من المفهوم النظري إلى المفهوم العلمي القابل للتطبيق والقياس والتجريب حيث قام بنقل ما يجري في واقع الممارسة الاكلينيكية إلى المستوى التجريبي في المختبرات كما أن

المسترشد في هذه النظرية يحتل مكاناً مميزاً حيث يشترك وبصورة إيجابية في تحديد المشكلة وصياغة الأهداف وتنفيذها وتقويمها كما أنها تمتاز بوضوح المصطلحات التي تستخدمها الطرق والإجراءات٠

شهدت الستينات في القرن العشرين أحداثا هامة عملت على الالتقاء بين ميداني الطب وعلم الاجتماع، فمن ناحية بدأ الطب مع أواخر القرن التاسع عشر- وبداية القرن العشرين يشهد حالة من حالات اليقظة وإعادة إحياء ذلك الاعتراف القديم بأهمية العوامل الاجتماعية في تقليل المرض خاصة عندما أخذ هذا الميدان يشهد عدة تغيرات وتطورات أخرى راجعة إلى سرعة التغير في نسبة انتشار المرض وإلى تقدم الطب الإداري الأمر الذي انتهى بانفتاح الطب على ميادين المعرفة الأخرى وتحقق بالتالي انتقاد بين الطب وعلم الاجتماع٠

ومن ناحية أخرى أدى نمو علم الاجتماع وتطوره وظهور تخصصات سوسيولوجية فرعية جديدة وعديدة إلى اتساع نطاق علم الاجتماع يشمل ميدان الطب باعتبار هذا الميدان أولاً فقط للسلوك وليستجيب ثانياً إلى تلك الدعوة التي أخذت تنظر إلى الطب انه علم اجتماع وكان من ثمار كل هذه التطورات أن ظهر حديثاً علم الاجتماع الطبي الذي سرعان ما أمكن له تحقيق الكثير من التقدم في مختلف المباحث التي اقدم على تناولها وبخاصة الطب النفسي- الاجتماعي باعتباره أحد مباحث علم الاجتماع الطبي وكان من ابرز ثمار التطور الذي طرأ على الطب النفسي الحديث ودعم الالتقاء بينه وبين علم الاجتماع ظهور تلك المسلمات والتصورات والافتراضات التي اخذ يروج لها الطب النفسي في فهمه تفسيره للاضطرابات العقلية وبدأ المهتمون بالطب النفسي- الاجتماعي ينظرون إلى الاضطرابات العقلية باعتبارها ظواهر اجتماعية أو هي بمثابة شكل من أشكال الانحراف الاجتماعي، وانصرف اهتمامهم نحو البحث عن العوامل الاجتماعية والعمليات التي تسهم في حدوث الاضطراب العقلي وهكذا أضاف هذا الميدان في دراسته للسلوك العقلي المحتل بعداً اجتماعياً جديداً وتغير محور الدراسة في الطب النفسي- من التركيز على الكائن العضوي الفرد إلى الاهتمام بالشخص٠ وبين السلوك ذاته أي أنها

تقوم على ربط المثير بالاستجابة حيث يلعب الاقتران في هـذه النظريـة في بعـض أنـواع التعلم المدرسي ٠

ويركز الاشراط الكلاسيكي على تعلم الاستجابات الانفعالية أو الفسـيولوجية الإداريـة مثل الخوف والزيادة في دقات القلب أو سيلان اللعاب أو تصبب العـرق والتـي تـدعى أحيانا بالسلوك الاستجابي لأنها اسـتجابات تلقائيـة لمثـيرات محـددة ومـن خـلال عمليـة الاشراط الكلاسيكي يمكن التدريب الإنساني والحيواني بالاستجابة بشكل لا إرادي لمثـير مـا لا يحمل أي تأثير سابق أو تأثير مناقض أحيانا على الكائن الحي فيؤدي هذا المثـير إلــى استدعاء استجابة بشكل تلقائي ٠

وأما الأساليب العلاجية المشتقة من نظرية الاشراط الكلاسيكي :

١. أسلوب الكذب بالنقيض : وهو أحد الأساليب العلاجية التي يتصدى للسـلوكات غـير التكييفية وبخاصة السلوكات التي تعبر عن القلق ٠
٢. أسلوب الاشراط المضاد :ويعتمد على خلق استجابة مضادة للموقـف المثـير لهـا عـن طريق استخدام أسلوب الاشراط الكلاسيكي ويمكن استخدام هذا الأسـلوب في حالـة الاسترخاء توكيد الذات ٠
٣. أسـلوب التعويـد أو تقليـل الحساسـية التـدريجي، ويمكـن اسـتخدام هـذا الأسـلوب للمشكلة التي تثير الخلاف أو القلق.
٤. الضمير : يعد هـذا الأسـلوب عكـس الأسـلوب السـابق مـن حيـث طريقـة مواجهـة الموقف الباعث على القلق والتوتر.

التعلم الإجرائي

ارتبطت هذه النظرية الخاصة بالتعلم بأعمال العالم المعاصر سكنر الذي عمد إلــى اقتراح أساس نظري في تفسير السلوك الإنساني والذي يرى فيه البشر باعتبارهم كائنـات عضوية تعمل إجرائيا بطريقة تنتج أحداثاً معينة تحكم سـلوكاتهم حيـث يـرى أن كـل سلوك يقوم به الإنسان يتبعه نتائج وتقوم به هذه النتائج بتعزيز السلوك فتعمل عـلى تقويته أو تقوم بمعاقبة السلوك فتقوم بإزالته

أما الأساليب العلاجية المشتقة من نظرية التعلم الإجرائي

١- التدعيم : وهو نوعان : تـدعيم إيجـابي ويعنـي أن السـلوك الـذي يتبعـه إثابـة أو مكافأة سواء كانت مادية أو معنوية ويقـوى هـذا السـلوك ويعـزز ويعمـل عـلى إضافة مثير جديد مرغوب فيه في البيئـة التـي يوجـد فيهـا الشـخص ٠ والتـدعيم السلبي ويعني هذا التدعيم أن السلوك الذي يتبعـه تخفيـف أو إزالـة عقـاب أو مثير مرغوب فيه فإنه يقوى ويعاود الظهور بصورة اكثر من السابق.

الطب النفسي الاجتماعي

في موقف اجتماعي أو على الشخصية الاجتماعية وعلى تناول اثر البيئـة والدراسـة على كل اضطراب في الشخصية.

والواقع إن الطب النفسي الاجتماعي علم قديم يمتد بجذوره إلـى (كومت Comet) مؤسس علم الاجتماع إذ لا نجد في كتابات كومـت فقـط تعريفـاً سوسـيولوجياً للجنـون وإنما للمس أيضا دراسة للظروف السوسيولوجية المرتبطة بظهوره ثم أخـذت الشواهـد الدالـة علـى الفهـم السوسـيولوجي للمـرض العقـلي تتوافـق في كتابـات (نـونيس) و (دورتايم) وأخيـراً (مورند) الذي وقف موقفاً معارضاً من أفكار (تـومس) لأنـه كـان معنياً ببيان نتائج المرض العقلي على المجتمع.

وهكذا انقسم علم الاجتماع منذ نشأته وبدايته إلـى مدرسـتين اثنتـين حالـة صراع حتى اليوم تبحث الأولى عن العوامل الاجتماعيـة في الاضـطراب العقـلي وتهـتم الثانيـة بالنتائج الاجتماعية للزيادة في المرض العقلي ٠

ولكن تمثل الماركسية تياراً رئيساً في الفكر السوسيولوجي قدم معابر لعلم الاجتماع للمرض العقلي أو الطب النفسي الاجتماعي وتعد أفكار (لجيلانت) أهم الأمثلة البارزة على التيار لإنه يذهب إلـى انه لا يمكن إنكار أثر العوامل الاجتماعية المختلفة على الاضطراب العقلي وانما ينبغي فهم هذه العوامل في السياق الأوسع الذي يضم توصيات المجتمع الرأسمالي، اما " الجابل " فلم يكن واضحاً بالتفسيرات السوسيولوجية المشتقة من كتابات ماركس لأنه شعر بأنها تعتبر بمثابة عملية تبسيط مبالغ فيه وكذلك تمثل الوظيفة تياراً رئيساً في الفكر السوسيولوجي قد أثر في ميدان الطب النفسي الاجتماعي وكان عالم

الطب النفسي (سوليفان) وعالم الاجتماع (بارسونز) من بين أكثر رواد الوظيفة تأثيراً في هذا الميدان إذ يؤكد سوليفان أنه على الطبيب النفسي ان يدرس المواقف المتداخلة بين الأفراد وان الاضطراب العقلي يرتبط أساسا بعدم توفر الأمن ولما كان الامر مرتبط بالقبول والرفض من جانب البيئة الاجتماعية فيمكن تعريف الاضطرابات النفسية على انها بمثابة اضطراب في العلاقات الإنسانية وتخص نقطة انطلاق بارسونز في دراسته للاضطراب العقلي في ضوء نظرية الانحراف على عودين اثنين محور الامتثال والاغتراب ومحور السلبية والإيجابية وبإمكاننا ان نجد مكاناً مناسباً لهم والاضطراب العقلي في اطار هذه النظرية السوسيولوجية للانحراف بمعنى انه يوجد في حالة الاضطراب العقلي تباعد بين سلوك الفرد وبين توقعات الآخرين بين السلوك العقلي والمعايير الاجتماعية ٠

هذا هو المناخ الفكري والاطار النظري الذي انطلق منه تيار البحث في الطب النفسي- الاجتماعي ولكن المتتبع لتراث البحث السوسيولوجي المهتم بالاضطرابات العقلية يلاحظ انه قد استخدم اكثر من مفهوم في نفس الوقت للإشارة إلى هذه الاضطرابات العقلية في تحقيق أهداف أخرى في الطب النفسي- وعلم النفس إلا أن النظرة السوسيولوجية إلى الاضطراب العقلي باعتباره نوع من أنواع السلوك الانحرافي تجعلنا ننظر إلى هذا السلوك في جملته بغض النظر عن الصور المختلفة التي يظهر بها شأنه في ذلك شأن السلوك الانحرافي (الجريمة) والاهتمام بالعوامل الاجتماعية التي تكمن وراء هذا السلوك على اختلاف صوره ولذا كان من المناسب الاستعانة بمفهوم الاضطرابات الشخصية لحل كل هذه المفهومات المتعددة للاضطرابات العقلية وهكذا نرى ان الطب قد يلبس رداء العلم بالمعنى الحديث لهذه الكلمة واقتصر على تعريف العلم الطبي في ضوء مصطلحات بيولوجية واعتمد على نظرية علم الأمراض في تحليل استجابة الكائن العضوي لكافة المكونات الكيماوية والفيزيقية الضارة بالصحة وطول نظرية الجراثيم في المرض وتأكدت النظرية في الطب باعتباره علم بيولوجياً يقيس تقدمه على ضوء معايير للكفاية في إنجاز العمليات الفنية والتشخيصية والعلاجية ٠

توجيه الأحداث المنحرفين

تتجه الجهود الحالية في معاصرة الأحداث المنحرفين في اتجاهات ثلاثة هي :

١- الوقاية ٠

٢- العلاج دون الإيداع في المؤسسات أي خارج المؤسسات

٣- الارتقاء بمستوى المؤسسات الموجودة ومراعاة شروط معينة في إنشاء المؤسسات الحديثة٠

وأما جانب الوقاية فيتمثل بما يلي :

تتجه معظم الدول في علاج انحراف الإحداث دون الوقاية ويعزى ذلك إلى ان برامج العلاج في معظم الحالات تقوم على التسليم بأنه إذا ما تم إكتشاف المسبب يمكن التغلب عليه وهذا تسليم خاطيء لأنه لا يمكن عزل أسباب النجاح بهذه السهولة ٠

وأيضاً لا بد من التفكير بأنه إذا تمكنا من تعميم طرق العلاج فإنه يمكن التنبؤ بالسياسة الوقائية والبرامج الوقائية على هذه الطرق ولما كان تميز راي يعتقد ان الجريمة ابدية وأننا مهما بذلنا من جهود لن نقضي عليها ولكن يمكن التخفيف من حدتها.

كما ان برامج الوقاية يجب ان تتجه في تعديل الاتجاهات النفسية الفردية والجماعية واذا كان علينا ان نواصل البحث في أسباب الانحراف يجب ان لا تقوم برامج الوقاية على معرفة الأسباب ومدتها لأن ذلك لا يكفي وذلك لأن هناك كثيراً من الأسباب التي تعجز عن القيام تجاهها بأي عمل إذن ماذا يفعل الأخصائي الاجتماعي أو النفسي أو القاضي لعلاج النقص في التربية أو الفقر أو الظروف المعيشية السيئة وما إليها فالأولى توجيه الجهود إلى الاتجاهات النفسية الفردية والجماعية فالاتجاهات يتم اكتسابها بالخبرة وتكون تدريجيا خلال حياة الفرد وتكون شعورياً أو لا شعورياً معبرة عن القيم الاجتماعية ويكون العمل عن طريق الأسرة والمدرسة والعمل والتنسيق بين الاتجاهات في السياسة الاقتصادية والاجتماعية والصناعية ٠

٢- العلاج دون إيداع في المؤسسات :

تتنوع الطرق التي يتم بها الإيداع في المؤسسات من ذلك الاختبار القضائي والإيداع في اسر بديلة أو معسكرات التأهيل وما إليها.

وقد تمت الموافقة على استخدام مصطلح " نظام المراقبة الاجتماعية بالمحاكم " بناء على توجيه من حلقة الدراسات الاجتماعية للدول العربية التي عقدت بقصر اليونسكو بمدينة بيروت في عام ١٩٤٩ ويقضي للاختبار القضائي بوضع المحكوم عليه إذا كان الأمل من إصلاحه حائلاً بدل سجنه تحت الاختبار لفترة يكون المحكوم عليه في أثنائها تحت نوع من الأشراف من جانب المحكمة خاضعاً لبعض القيود الواردة.

وتتلخص الخدمات التي تقدم للأحداث الموضوعين تحت المراقبة بما يلي :

١- تشغيل العاملين منهم كل في انسب المهن له وبالتالي رفع مستواهم المادي ٠

٢- العناية الطبية بالحدث وذويه ٠

٣- حماية الحدث من قرناء السوء ويستعان بذلك برجال الأمن ٠

٤- معاونة الحدث وذويه على حل مشاكلهم المختلفة وإصلاح بيئتهم وحياتهم الاجتماعية.

٥- نقل الحدث من بيئة إذا تعذر إصلاحها كأن يعهد به مثلاً إلى بعض الصالحين من ذوي القربى.

٦- الإشراف على تعليم الحدث وتنظيم أوقات فراغه ورسم خطة له في الحياة يسير عليها وتحديد أهداف سامية تسعى للنجاح، والعلاج يجري في بيئة الحدث نفسها في أغلب الاحيان ويحاول المراقب الاجتماعي إصلاح ما يحتاج إصلاحه وقد يرى نقل بيئة الحدث من حي إلى آخر٠

المؤسسات الحديثة

يمكن تلخيص الاتجاهات الحديثة في سياسة مؤسسات الإيداع إلى ما يلي :

١- إنشاء مؤسسات صغيرة في الأحياء القريبة لتحل محل المؤسسات الكبيرة التي كانت توضع خارج المدينة على ان لا تزيد عدد النزلاء في المؤسسة عن ١٥٠ حدثاً ولا يزيد العدد في المؤسسات الكبيرة عن ٥٠ فقط ٠

٢- اعتياد المؤسسة عنصراً واحداً من العناصر الممهدة للعلاج أو يجب ان تشترك القاعدة في البيئة المحلية في العلاج بتيسير التسهيلات والبرامج المساعدة في العلاج ويتبع المؤسسات سياسة الباب المفتوح حتى تتوحد العلاقة بين المؤسسة والبيئة التي تعمل فيها وتعني سياسة الباب المفتوح ان المؤسسة لأعضاء المجتمع ليطلعوا على

٣- نشاطها ويسهموا في برامجها ويتكون لديهم الاهتمام بما تقوم بـه المؤسسـة مـن نشاط ولا بد ان يؤدي هذا إلـى اجتذاب القادة لمساعدة المؤسسة في رسالتها كـما تعني خروج النزلاء إلـى البيئة لمزاولة نشـاطهم في العمـل وتقضـية وقـت الفـراغ والتقاعد في المجتمع الخارجي ٠

٤- تقديم برامج التدريب المهني مما يؤدي إلـى اكتساب الأحـداث المهـارات المهنيـة داخل المؤسسة وخارجها ٠

وتلخص الفوائد التي تعود على الأحداث من التدريب المهني خارج المؤسسة بمايلي :

١- تجريـب الحـدث في اكـثر مـن عمـل وفي اكـثر مـن مجـال متنـوع الخـبرات التـي يكتسبها.

٢- تجريـب الحـدث بإتاحـة الفرصـة لتقويتـه في كيفيـة الحيـاة في مواقـف خـارج المؤسسة.

٣- تقوية عود الحدث بقضائه فترة خارج المؤسسة يـتمكن فيهـا مـن اختبـار الواقـع ومعرفة ما هو متوقع منه ومعرفة مستواه المهني والادائي في العمل .

٤- اكتساب الخبرة في اسـتغلال إمكانيـات البيئـة كالمواصـلات وأمـاكن تقضـية وقـت الفراغ ومعرفة المؤسسات التي تمده بالخدمات والتعامل معها كـما يتعامـل غـيره من الأفراد الأسوياء.

وأخيراً تقرير العـلاج إذ يجـب ان تكـون هنـاك مـادة كاملـة عـن حالـة الحـدث وتاريخ حياته٠

رعاية الأحداث المنحرفين

ان مشكلة الأحداث المنحرفين مشكلة تحتاج إلــى مجهـود تعـاوني ثقـافي يشـترك فيه الآباء والمدرسة والقضاء والبوليس والمؤسسات الاجتماعية ورجال الـدين والهيئـات المحلية والدولة، فالحدث المنحرف يتطلب معاملة خاصة تختلف عن معاملة الكبار أو المجرم العادي لذلك استخدمت العيادات النفسية وأدخلت نظم التوجيهات بالمـدارس، كما أنشئت المدارس الخاصة للمنحرفين ووضعت البرامج الخاصة في التربيـة والسـاحات للأحداث ونبهت معظم الدول إلـى ضرورة إنشاء محاكم خاصة بهم ٠

ويلخص لونبراي في محاضراته ان الهيئات التشريعية الخاصة للأحداث أشكال هي :

١- وجود محاكم خاصة للأحداث ٠

٢- تنظيم مجالس لرعاية الأحداث ٠

٣- الربط بين محاكم الأحداث وسلطات الرعاية الاجتماعية٠

أما البلاد التي توجد فيها محاكم الأحداث فتشكل هذه المحاكم على وجه من الوجوه الثلاثة وهي:

١- محاكم خاصة لا تتناول إلا مشاكل الأحداث ٠

٢- محاكم للأحوال الخاصة ولا تتناول إلا شؤون الأسرة والأحداث على اعتبار ان مشاكل الأسرة والأحداث المشتركة

٣- محكمة للأحداث تابعة لمحاكم الجنايات وتوجد في البلاد التي يكلفها إنشاء محاكم خاصة للأحداث أموال طائلة٠

فإذا ما تم القبض على الحدث في قسم الشرطة، وغالباً بمعزل عن الكبار أو يودع مؤقتاً في منزل خاص تشرف عليه هيئات الأمن وتوجد مثل هذه البيوت في كل مدينة من المدن الكبيرة من الدول الأوروبية وتعتبر من احسن المؤسسات للإيداع المؤقت والمفروض ان لا يتم فيها الحدث مدة أطول من ٤٨ ساعة، وإما أن يفرج عنه بعدها أو يودع من دور الملاحظة وفقاً لما يقرره القاضي أو السلطات المعنية٠ (أحمد خليفه، ١٩٧٣).

كما ان هناك دولاً عربية توجد فيها محاكم للإحداث وكغيرها من مدن العالم، حيث يحال الحدث إلى دور الملاحظة إما لوزارة الشؤون الاجتماعية أو التي تديرها الجمعيات الأهلية فيعهد به إلى أحد الإخصائيين الاجتماعيين الذي يقوم بدراسة حالته في فترة محددة هي ثلاثة اشهر في المتوسط ويتم إثناءها جمع مادة الحالة عند الحدث من أسرته ومن المدرسة والجيران وغيرها من المصادر ويرفق بدراسة الحالة تقرير طبي ونفسي فإذا ما تمت الدراسة يحول الحدث إلى المحكمة مع توجيهات الاخصائي الاجتماعي بالعلاج الذي يجب أن يتبع وتم محاكمة الحدث في جلسة مقفلة لا يحضرها سوى الآباء والاخصائي الاجتماعي والقاضي ووكيل النيابة وقد يحضر المحامون بصحبة

الحدث واهله ويحال إلى مؤسسة إذا لم يكن هناك سبيل آخر للعلاج وتستمر الإقامة في المؤسسة ما بين ستة اشهر وسنتين، ومن الممكن ان تطول المدة اكثر من ذلك.

ومما يساعد في تسهيل مهمة القضاء مما يلي :

١- أن يتضمن التقرير الذي يقدمه الاخصائي الاجتماعي تقويماً لشخصية الحدث بنواحي القوة ونواحي الضعف فيها ٠

٢- أن تتنوع المؤسسات التي يمكن إحالة الحدث فيها وأن تتنوع البرامج العلاجية حتى يمكن تحويل الحدث إلى المؤسسة المناسبة أو تهيئة البرنامج المناسب الذي يتفق وحاجاته ومشكلته وسنه.

أما عن المعاملة داخل تلك المؤسسات فتقدم سياسة الإصلاح على التسليم بأن الجريمة سلوك مضاد للمجتمع وان الوقاية والإصلاح يهدفان إلى إعادة المجرم في المجتمع ثانية بعد إصلاحه؛ لذلك يجب أن تهيأ بهيئة المؤسسة للعلاج والتأهيل وان تكون فيها خدمات ضرورية تساعد على إعادة التكيف للمجتمع الخارجي، لذلك يجب ان تنظم بيئة المؤسسة تنظيماً يسمح للحدث بخبرات تبين له ان فكرته عن العالم وعن المجتمع مشبعة بالخطأ وان المجتمع على استعداد لتقبله ومساعدته على ان يساعد نفسه ٠

ومن هنا يجب ان يكون الهدف الأول في تأهيل أي حدث منحرف هو تعديل حاجاته الداخلية وتعليمه كيف يضبط التحكم في اندفاعه ويتطلب ذلك ان تكون البرامج في المؤسسات غنية بالخبرات التي تشبع الحاجات المشروعة كالطعام والراحة بالإضافة إلى إشباع العلاقات الاجتماعية المتبادلة ٠

أما عن الخدمات المتخصصة المقدمة للأحداث المنحرفين فتعني المواقف الجديدة سواء كانت لالتحاقه بمدرسة أو شغل أو وظيفة جديدة أو التحاق بجماعة جديدة ووجود فترة مؤقتة من القلق وعدم الطمأنينة لهم إلا إذا كانت هناك خطة تساعد على مجابهة المطالب للموقف الجديد ٠ ومن المسائل المشبعة وجود مركز للاستقبال أو التشخيص للجدد يقضون فيه أسبوعاً أو أسبوعين حتى يتم تعريفهم بهيئات المؤسسة، إذ تهدف برامج التعريف إلى تعريف الحدث بالمؤسسة ٠

تعرف أعضاء المؤسسة على الحدث كما ويتضمن تعريف الحدث بالمؤسسة مده بالمعلومات الضرورية عن مبنى المؤسسة وأقسامها اللوائح والتعليمات المتبعة وأوجه النشاط الموجودة بالمؤسسة وخدمات التوجيه والعلاج والخدمات الصحية وما إليها ٠

أما عن التقويم الفردي

وفي الوقت الذي يقوم فيه الحدث بالتعرف على المؤسسة تقوم المؤسسة بالتعرف على الحدث بدراسته إذ يقوم الاخصائي الاجتماعي والاخصائي النفسي وأخصائي الطب العقلي والطبيب والمعلم وغيرهم من الأخصائيين في المؤسسة بجمع المعلومات والتي قد يكون لها قيمتها في العلاج، وذلك باستخدام الأدوات التشخيصية التي في متناول كل منهم وبجمع هذه المعلومات وفي ضوئها تتحدد طريقة العلاج الذي تناسبه.

وأما عن التعليم المدرسي:

فيقع الأحداث المنحرفون في معظم الدول في مستوى سن التعليم الاجباري بميزان معظم المنحرفين من الفاشلين دراسياً، لذلك نجد أن لمعظم المؤسسات صفوف دراسية يلتحق بها النزلاء في المؤسسة ضمن النشاط اليومي، ويلي بعض المؤسسات إلى إلحاق بعض الأحداث بالمدارس الموجودة في البيئة حتى لا ينقطع سير الدراسة لهم خاصة إذا كان المستوى التحصيلي للحدث مقبولاً ، فيذهب هؤلاء الأحداث إلى المدارس ثم يعودون إلى المؤسسة والبرامج الدراسية في المدارس غالباً ما تكون غير مناسبة لغالبية المودعين في المؤسسة، لهذا يجب ان يكون في المؤسسة فصول دراسية التي تتناسب برامجها ومستويات هؤلاء الأحداث حتى يتمكن كل حدث من التحصيل وفقاً لقدراته وسرعته وميوله للمواد الدراسية المختلفة فتنتج هذه الصفوف الدراسية إذا تمكنت من تعليم الحدث أثناء إقامته في المؤسسة القراءة والكتابة على أن الهدف من هذه الصفوف يجب ألا يقتصر على محو الأمية، بل يجب ان تهيىء البرنامج الدراسي لاكتساب التدريب المهني والثقافة الصحية المواطنة وتعليم السلوك الاجتماعي العربي.

التأهيل الاجتماعي المهني للمعاقين سمعياً

يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو طفولته ويعتبر الصمم مما يسبب إعاقة اشد من كف البصر لأن الاصم يتعذر عليه

الاشتراك في نشاط المجتمع، وقد يكون الصمم خلقياً أو مكتسبات والصمم الخلقي يصاب به الطفل منذ ولادته أو في سن مبكرة مما يعطل نمو اللغة لديه ، اما الصمم المكتسب فينشأ عن بعض الحميات والأمراض والحوادث ٠

عندما يحاول الطفل الاصم أن يتوافق مع العالم الذي يعيش به فإن تكيفه يظهر في صور مختلفة فقد يقبل أن يحيى كفرد ومعاق أو ينسحب وينعزل عن الآخرين، وفي كلتا الحالتين يشعر الاصم بعد الأمن عند مخالطة الآخرين، وقد أجريت عدة دراسات على الأطفال الصم وضعاف السمع ومقارنتهم بالأطفال الصم إذا روعيت إمكانيتهم اللغوية المحدودة وأظهرت هذه الدراسات مما يأتي ان الأطفال يميلون بسبب إعاقتهم إلى الانسحاب من المجتمع كما ان لديهم مشكلات تختص بالسلوك كالعدوان والسرعة كما يميلون إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم وان نضجهم غير كامل ٠

بالنسبة للاختبارات النفسية فإنه يمكن ان يستخدم مع ضعاف السمع من الراشدين الاختبارات الكتابية التي تستخدم مع الاسوياء وينبغي التأكد من المستوى اللغوي للاختبارات ومدى ملاءمتها لمن يعانون من قصور في السمع أو الاتصال والتأكد من فهمهم لتعليمات الاختبار قبل تطبيقه وفي كثير من الحالات يمكن الاكتفاء بالأجزاء العملية من الاختبار كما في حالة اختبار وكسلر للذكاء وكذا الاختبارات الاسقاطية واختبارات المهارة اليدوية والاستعداد الميكانيكي لاعتمادها على الإنجاز العملي٠

ينبغي مراعاة الدقة في تفسير نتائج الاختبارات التي تتضمن مفاهيم لغوية وواجبات لفظية ويلاحظ ان فقد السمع في مرحلة الكبر قد لا يؤثر على نتائج الاختبار الذي يتضمن مفاهيم لفظية بعكس الحال إذا حدث الصمم في مرحلة الطفولة ٠ وينبغي دراسة النتائج النهائية للاختبار بجانب مفردات الاختبار كمؤشرات للقدرات والتحصيل وسمات شخصية ويراعى دائماً من يعانون من الصمم والضعف الشديد في السمع اختبار فردي مع مراعاة توافر السماحة والتقبل بين القائم بالاختبار والأصم ، فهناك طريقتان لتعليم الأطفال الصم: تعرف الطريقة الأولى بإسم طريقة الإشارة وهي تعتمد على الإشارات والايماءات وحركات الفم المعبرة عن الأفكار والطريقة الثانية هي الطريقة الشفهية التي تعتمد على ملاحظة الطفل لحركات الفم والشفاه واللسان وتعتمد قراءة الكلام على الربط بين صوت

معين والحركة التي تصدر عن الشفاه أو الحلق أو اللسان كما تعتمد أيضا على حاسة اللمس أي أنها تستند إلى الإدراك البصري والإدراك اللمسي وتنشأ معاهد خاصة للاطفال الصم وبها فصول جيدة الاضاءة ومكبرات الصوت والوسائل التعليمية وقد اتضح ان انسب نوع لتعليم الصم هو التعليم المهني٠ (سيد عبدالحميد مرعي، ١٩٩٢).

التأهيل الاجتماعي المهني للمعاقين بصرياً

ومن الأمور الأساسية عند النظر في أسلوب نظم العمل من اجل المكفوفين مسألة " فلسفة كف البصر " التي تحرك العمل والعاملين وتوجيههم , اما إذا كان من الممكن التغلب على نتائج كف البصر على الرغم من انه إعاقة متعددة الجوانب بدرجة تجعل الحياة العادية والعمل العادي ميسورين لغالبية المكفوفين، فينبغي حينئذ ان يتجه بنا الجهد إلى تحقيق تكافلهم ضمن مجتمع المبصرين والعزل خيراً كأسلوب للعمل مع المكفوفين فكثيراً ما تجمع المكفوفين في الماضي في جماعات للتدريب أو العمل سواء في الملاجئ أو المؤسسات أو المدارس ولا تزال فلسفة العزل حتى اليوم فعالة في مجال العمل مع العميان خاصة للمكفوفين أو فصول خاصة لتعليمهم أو تخطيط برامج اجتماعية خاصة لهم عن المبصرين، ويقال ان العزل هو اكثر الطرق مسايرة من الناحية الاقتصادية في تناول مشكلات المكفوفين، فهذه الطريقة اقتصادية من الناحية المالية حيث انه من الأرخص إقامة معاهدة ومراكز لتقديم الخدمات بالقياس إلى تقديم هذه الخدمات على المستوى المحلي هذا بالإضافة إلى ان العزل يجعل من الايسر تقديم خدمات افضل فتجميع عدد كبير من المكفوفين في مكان واحد يحقق لهم فرصة افضل لإقناع عدد من المتطوعين وآخرين من المتبرعين بالمال وفئة من رجال الأعمال من اجل الخدمات التي تقدم للمكفوفين (وما يستطيع هؤلاء المعاقون القيام به من أعمال نافعة عندما تتاح لهم الفرصة المناسبة ٠

كما ان التوتر والإحباط الذي يشعر بهما المكفوفون حين يتنافسون مع المبصرين كما يقال له ان يستمد قوة من الموقف الجماعي، وكذلك نسمع غالباً

ان الأعمى وحده هو الذي يستطيع حقاً ان يفهم زميله الأعمى " فالمبصرون لا يستطيعون ابداً كما يستطيع العميان ان يحصلوا من زملائهم العميان ومن القلة المتفهمة من المبصرين العاملين على شيء من السعادة وأن يحققوا شيئاً من التدريب وليس من الضرورة ان تعتبر القوة الوحيدة الدافعة إلى العزل آتية من العاملين المبصرين في مؤسسات ومراكز التأهيل للمكفوفين أو من جمهور المبصرين) فالحقيقة هي ان عزل المكفوفين يستند إلى دوافع داخلية كما يستند إلى عوامل خارجية فهناك من المكفوفين من لا يشعرون بالأمن والراحة إلا وسط زملائهم العميان ٠ وهناك مكفوفون يشعرون بأنهم لا يستطيعون التنافس في مجال العمل فحسب بل الاقامة والترويح مع العميان والعزل من حيث العاملين والنفقات هو دون شك اكثر الطرق اقتصاداً في تأهيل المكفوفين ولكن كي تكون الطريقة اقتصادية حقاً ينبغي ان ننظر إليها من خلال نتائجها كما ان هناك مشكلات نتعرف إليها للمكفوفون عند تجميعهم في مكان واحد ٠ إذ ان هذا العزل يجعل المبصرين غير مقتنعين بأن المكفوفين أسوياء وبالنسبة للتوترات والاحباطات التي يشعر بها المكفوفين في تنافسهم مع المبصرين يمكن ان يؤدي إلى توترات اشد كما من الممكن ان يؤدي إلى تدهور الشخصية فالعزل إذاً يتفق الحد منه سواء أكان الدافع إليه صادراً من المكفوفين ام من المبصرين العاملين معهم فإن العزل هو استسلام وهروب فهو استسلام لمشكلات العمى اكثر منه قبولها وهو هروب من المجتمع المبصر كما انه هروب من مواجهة حقائق العالم الذي نعيش فيه ومن تقبله ٠

" وعلى اية حال فإنه ان كان عزل المكفوفين فيما مضى لأغراض متعددة فقد بدا وكأنه الطريقة المثلى الوحيدة لمواجهة موقف ميئوس منه من الناحية العملية، فقد أصبحت هذه الطريقة الآن بفضل التقدم في المعرفة في عشرات السنين الأخيرة طريقة إلزامية في مواجهة موقف مليء بالأمل وقد بلغنا مرحلة من التقدم في العمل مع العميان منذ الآن فصاعدا هو إعادة العميان إلى

مكانهم الحق في مجتمع المبصرين وتعليم هذا المجتمع بحيث يستطيع ان يتقبل العميان المتكيفين دون ان تغمره مخاوف منهم ومشاعره إزاءهم " ٠

ان الخطوة الأساسية في تأهيل الكفيف وإعداده للعمل المناسب هي التوجيه المهني ويقصد به معاونة الكفيف على تفهم نفسه والتعرف على طاقاته وإمكانيته حتى يستطيع ان يستغلها في الناحية التي تعود عليه وعلى مجتمعه بالنفع ومن أهداف التوجيه أيضا معاونة الكفيف على تحقيق التوافق والإشباع المهني ويعتمد التوجيه المهني على أسس ومبادئ يراعيها الموجه المهني عند مواجهة مشكلات المعاقين ومن هذه الأسس (الأسس المبدئية والأسس العامة)

يقوم التوجيه على مبدأ هام هو افتراض وجود مكان في المجتمع لكل فرد أياً كانت درجة إعاقته وأن كلمة العجز يجب الحد من اشعار المعاقين بها كما ان أخصائي التوجيه المهني يركز على الجوانب السوية من شخصية الكفيف وقدراته وإمكانياته وظروفه دون التركيز على الجوانب النقص البدني والحسي وحدها وان لتوقعات الشخص أهميتها في الكشف عن جوانب شخصيته وإمكانيته وأهدافه ومستوى طموحه وتحقيق المبادئ السابق ذكرها في عملية التوجيه المهني تقع على عاتق الموجه مسؤوليات كثيرة وهامة منها على سبيل المثال.

تحليل الأعمال حتى يمكن ان يستفيد المعاقون من فرص العمل المكفولة لهم في البيئة المحلية في ضوء طالب الأعمال ومقتضياتها وتحليل الفرد بقصد الكشف عن قدراته واستعداداته وميولـه واتجاهه وميزاته وسمات شخصيته والتوفيق بين حاجة المعوق بصرياً والفرص المهنية المكفولة لـه في ضوء مطالب الأعمال وإمكانياته الذاتية والعمل على معاونة المعاق بصرياً على التوافق الاجتماعي والنفسي والمهني مع الاهتمام بحل مشكلاته الفردية في النواحي الاجتماعية والمهنية والنفسية والإرشاد النفسي بالنسبة للحالات التي تستلزم ذلك ٠

المراجـــع

٤١٨

المراجع

إبراهيم عبد الستار، (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر.

أبو حطب، فؤاد (١٩٧٧)، بحوث في تفنين الاختبارات النفسية، ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

أبو عيطة، سهام درويش، (١٩٩). مبادئ الإرشاد النفسي- دار الفكر للطباعة والنشر- والتوزيع: عمان.

أبو عينة، محمد حسن (١٩٧٨). الشخصية. دار المعارف، مصر العربية.

أحمد يوني (١٩٩٢). القياس النفسي، دار الفرقان ، عمان .

أحمد زكي صالح (١٩٦٣)، الخدمة النفسية في التجارة وإدارة الأعمال، دار النهضة العربية القاهرة.

________ (١٩٩٦)، الطب النفسي المعاصر (الدراسات الواقعية) الانجلو المصرية، القاهرة.

أحمد عكاشة (١٩٩٨)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

أحمد لطفي بركات (١٩٨٤)، الرعاية التربوية للمعوقين عقلياً، دار المريخ للنشر، الرياض المملكة العربية السعودية.

أحمد محمد عبد الخالق(١٩٨٣)، الأبعاد الأساسية للشخصية، الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت.

أحمد، محمد عبدالسلام (٢٠٠١)، القياس النفسي والتربوي، مطبعة المعارف. بغداد.

أريك فروم، ترجمة طلال عتريس(١٩٨٨)، أزمة التحليل النفسي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.

أسعد ميخائيل(١٩٨٣)، القياس النفسي، مطبعة الجلاء، دمشق، ط١.

ألفت حقي (١٩٩٠)، الاضطراب النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

الإمام، مصطفى، حسين نوري الياسري، ماجد حمزة الدفاعي(١٩٩٣)، علم نفس الخواص، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بغداد.
أمان أحمد محمود(١٩٩٤)، الاغتراب وضعف الأنا ووجهة الضبط لدى مدمني الهيروين ومتعاطي العقاقير المخدرة من مراجعي العيادات النفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد (١٠) الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.
أنور الجرابة(١٩٩٤)، شخصية المراهقة وأسلوبها التفاعلي، مجلة الثقافة النفسية العدد (١٨) دار النهضة العربية بيروت.
احمد، سهير كامل (١٩٩٩). التوجيه والإرشاد النفسي- مركز الإسكندرية للكتاب، الاسكندرية: جمهورية مصر العربية .
اوتوفينجل، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق (١٩٦٩)، نظرية التحليل النفسي- في الوصاية، ، الانجلو المصرية، القاهرة.
بندق عبد الخالق أحمد(١٩٨٧)، العلاج الجشطلتي ومدى فاعليته في علاج مرضى الفوبيا. رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.
بوني، أحمد محمد، ١٩٩٦، القباس النفسي والتقويم التربوي، النهضة، جمهورية مصر- العربية.
تحسين علي حسن (١٩٨٧)، دور وسائل الإعلام في تغيير الاتجاهات النفسية والاجتماعية نحو المرأة العراقية دراسة تجريبية لدى شرائح مختلفة من الشباب العراقي رسالة دكتوراه غير منشورة كلية البنات للعلوم والآداب والتربية جامعة عين شمس.
ثابت،عبد الرؤوف(١٩٨٦)، الطب النفسي المبسط، مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب، ط٢، جمهورية مصر العربية.
جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٦)، الشخصية في ضوء التحليل النفسي، دار المسيرة، بيروت.
جبر محمد جبر(١٩٩٤)، التشخيص المقارن دراسة حالة الاكتئاب النفسي، مجلة علم النفس العدد (١٩) الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

جعفر نوري (١٩٩٠)، الأطفال المعوقين، دار ثقافة الأطفال، العراق بغداد.
جميل، حسن طه (١٩٩٨)، التخلف العقلي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
حامد زهران، محمد حلمي الملجي، محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٦)، الصحة النفسية. وزارة التربية والتعليم، جمهورية مصر العربية .
حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مطبعة عالم الكتب، القاهرة.
حامد عبد العزيز الفضي (١٩٧٣)، دراسات في سيكولوجية النمو، عالم الكتب، القاهرة، ط٢.
حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٨)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب ، القاهرة.
حسام الدين عزب (١٩٨١)، العلاج السلوكي الحديث-تعديل السلوك- أسسه النظرية وتطبيقاته العلاجية والتربوية، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
حسان عدنان المالح (١٩٩١)، ميادين الطب النفسي، دار رضا للطباعة والنشر.
حسن منسي (١٩٩٤) الصحة النفسية، دار الكندي للنشر، اربد، الأردن .
حسين محمد غنيم (١٩٧٥)، سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
حمد سلامة المحاسنه (٢٠٠٠). الدافعية وأثرها في التعلم رسالة المعلم، المجلد الأربعون، وزارة التربية والتعليم.
حنان عبد الجهد العناب (١٩٩٥). الصحة النفسية للطفل دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، ط٢.
حنفي، مصطفى ومكاري، الدمنهوري، ناجي (٢٠٠٠). الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
خلف، ناديا خلف، دراسة المقارنة في إدراك الطفل المفرط النشاط والعادي في مدى تقبلها لدى الأم، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية، ١٩٩٦م.
خليل فاضل (١٩٩٤)، الاضطرابات النفسية لبعض تلاميذ المرحلة الابتدائية في قطر، مجلة الثقافة النفسية العدد (١٧) دار النهضة العربية بيروت.
محمد أحمد غالي (١٩٨٤)، القلق والأمراض النفسية، النهضة المصرية، القاهرة.

محمد سامي هنا (١٩٧٤)، تفكير المرض النفسيين، عالم الكتب، القاهرة.
دافيـدوف، لينـدال، ترجمـة سـيد الطـواب وآخـرين(١٩٨٣)، مـدخل إلى علـم الـنفس، منشورات مكتبة التحرير، ط٤.
دحال الكيال (١٩٨٨)، الطفل نموه وشخصيته ، مطبعة العاني، بغداد، الجزء الأول.
دوان شلن، ترجمة عبدالرحمن القيسي، أحمـد الكربـولي، (١٩٨٣). نظريـات الشخصـية، مطبعة جامعة بغداد.
راشد عدنان غائب (١٩٨٦)، بين التخلق العقلي والتخلف الدراسي عند الأطفال، الموسوعة الصغيرة، دار الشؤون الثقافية العامة وزارة الثقافة والإعلام.
ربيع، محمد شحاتة (١٩٨٧)، الصحة النفسية، جامعة دمشق، سوريا.
__________ (١٩٩٨). قياس الشخصية دار المعرفة الجامعية، مصر العربية، القاهرة.
الرفاعي، نعيم (١٩٨٧). الصحة النفسية، جامعة دمشق، سوريا، ط٦.
__________ (٢٠٠١). العيادة النفسية والعلاج النفسي، منشـورات جامعـة دمشـق، دمشق.
رمزي إسحاق (١٩٦١)، علم النفس الفردي، دار القاهرة، القاهرة.
الروسان، فاروق (١٩٨٩)، سيكلوجية الأطفال غير العاديين، الجامعة الأردنية، الأردن.
ريتشارد س. لازاروس، ترجمة سيد محمد غنيم (١٩٨١)، الشخصية دار الشروق، بيروت.
ريتشـارد م. سـوين، ترجمـة أحمـد عبـد العزيـز، (١٩٧٩)، علـم الأمـراض النفسـية، دار النهضة، مصر.
الريحاني سليمان (١٩٨١)، التخلف العقلي، المطبعة الأردنية، ط١.
س. هـ باترسون، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار القلم الكويت، ١٩٨١.
سري إجلال محمد (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي عالم الكتب، القاهرة.

سعد جلال (١٩٧٠) في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة العربيـة، القاهرة.
سعيد العزة، جودت عبدالهادي (١٩٩٩)، نظريـات الإرشـاد وعلـم الـنفس، دار الثقافـة، عمان.
سونيا هانت جينفر هيلتن، ترجمة قيس النوري (١٩٨٨)، نمو شخصية الفرد والخبرة الاجتماعية، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.
سيد أحمد عثمان (١٩٧٥)، علم نفس الاجتماعي التربوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
سيد محمد غنيم (١٩٧٥)، سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
سيد محمد غنيم، هدى عبد الحميد براده(١٩٦٤)، الاختبارات الإسقاطية، دار النهضة العربية، القاهرة.
سيدني م. جورارد، تيد لندزمن، ترجمة حمد دلي الكوبولي، موفق الحمداني (١٩٨٨)، الشخصية السليمة، مطبعة التعليم العالي، بغداد.
صالح، قاسم حسين. (١٩٩٨). الاضطرابات النفسية والعضلية والسـلوكية، مكتبـة الجيـل الجديد، صنعاء، اليمن.
صلاح مخيمر(١٩٧٧)، تناول جديد في تصنيف الاعصبة والعلاجات النفسية، الانجلو المصرية، القاهرة.
صلاح مخيمر(١٩٧٩)، المدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
صموئيل مغاربوس(١٩٧٤)، الصحة النفسية والعمل المدرسي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
عاطف أحمد (١٩٩٢) الفصام مطبعة الجانجي، جمهورية مصر العربية، القاهرة.
عايده عبد الله. بو صايمه (١٩٩٥). القلق والتحصيل الدراسي. المركز العربي للخدمات الطلابية، عمان.
عبد الخالق، احمد محمد (١٩٩٦). الأبعاد الأساسـية للشخصـية. دار المعرفـة الجامعيـة، الإسكندرية مصر.

عبد الرحمن العيسوي (١٩٧٩)، العلاج النفسي، دار الفكر الجامعي، القاهرة.

عبـد الـرحمن، محمـد السـيد (١٩٩٨). نظريـات الشخصـية. دار قبـاء للطباعـة والنشرـ والتوزيع، القاهرة.

عبد الرحيم فتحي السيد، حليم السيد بشاي(١٩٨٢)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجية التربية الخاصة، الجزء الأول ط٢، دار القلم- الكويت.

عبد الرقيب أحمد البحتري(١٩٨٥)، تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ، دار المعارف، القاهرة.

عبد السلام عبد الغفار، يوسف محمود الشيخ(١٩٩٦)، سيكولوجية الطفـل غـير العـادي والتربية الخاصة، دار النهضة.

عبد السلام فاروق سيد (١٩٨٧) في التوجيه والإرشاد الطلابي، مكتبة الطالب الجامعي، مكة المكرمة، ط١.

عبد الظاهر محمد الطيب (١٩٩٤). مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة لجامعة الإسكندرية.

عبد العزيز القومي (١٩٨٢) أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة، القاهرة، ط٧.

عبد الغفار، عبد السلام، ويوسف محمود الشيخ(١٩٩٢)، سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة العربية. ب. ت.

عبد الفتاح دواية (١٩٩٤)، الطب النفسي وعلم النفس المـرضي- الاكليـنكي، دار النهضـة، بيروت.

عبد الفتاح دوايدار(١٩٩٢)، ديناميات الاتجاه نحو السلوك السيكوماتي، مجلة الثقافة النفسية العدد (١٠) دار النهضة العربية، بيروت.

عبـد الله ، امـام احمـد محمـد(١٩٨٥). الخدمـة الاجتماعيـة في مجـال الطـب النفسيـ الرياض، عالم الكتب للنشر والتوزيع.

عبـدالرحيم، فتحـي السـيد ويشـاي، حلـيم السـعيد (١٩٨٠)، سـيكلوجية الأطفـال غـير العاديين، دار القلم، ط١.

عبدالله، رجاء ياسين (١٩٩٦)، دراسة مقارنة في التحصيل والتوافق المدرسي بين الأطفال مفرطي الفعالية وأقرانهم الأسوياء، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد.

عبد اللطيف، مدحت (١٩٩٣)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

عدس، عبد الرحمن وتوق، محي الدين (١٩٩٧). المدخل إلى علم النفس، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

العزة ، سعيد حسني(٢٠٠١). الإرشاد النفسي- أساليبه وفنياته. عمان، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

عزيز حنا داود(١٩٦٥)، الصفات الشخصية اللازمة لنجاح طلبة كليات المعلمين في مهنة التدريس، رسالة دكتوراه غير منشورة, كلية التربية، جامعة عين شمس.

________ وآخرون (١٩٦٢)، الشخصية والصحة النفسية، الانجلو المصرية، القاهرة.

________ (١٩٨٤)، دراسات وقراءات نفسية وتربوية (ج١)، الانجلو المصرية، القاهرة.

________ (١٩٨٤)، دراسات وقراءات نفسية وتربوية (ج٢)، الأنجلو المصرية، القاهرة.

________ زكريا اثنا سيوس(١٩٧٢)، دارسات في علم النفس، النهضة العربية، القاهرة.

العظماوي، إبراهيم كامل(١٩٨٨)، معالم سيكلوجية الطفولة والفتوة والمراهقة، بغداد، ط١.

عفيف، محمد (١٩٩٧). الإنسان والمجتمع. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

علي عبد الرزاق الجميل (١٩٨٩)، الطب النفسي- الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

عماد الدين سلطان (١٩٨٠)، الطب النفسي، دار النهضة العربية، مصر.

العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٤). العلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

العيسوي، عبد الفتاح محمد(١٩٩٣). تاريخ الطب النفسي- عند المسلمين. بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

غريب، عبد الفتاح (١٩٩٩)، علم الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
الفقي عبد العزيز حامد (١٩٨١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار القلم، الكويت.
فوزي جبل (١٩٩٦). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية دار الفرقان للنشر.
فيصل عباس (١٩٨٢)، الشخصية في ضوء التحليل النفسي، دار الحسين، بيروت.
القذافي، رمضان محمد، (١٩٩٣). الشخصية، دار الكتب الوطنية، بنغازي، ليبيا.
قطامي، نايفة (١٩٩٢)، أساسيات علم النفس المدرسي، الجامعة الأردنية، عمان.
كاظم ولي أغا (١٩٩١). علم النفس الفسيولوجي، دار الأفاق الجديدة، بيروت.
كراجة عبدالقادر(١٩٩٧)، القياس والتقويم في علم الجديدة، دار اليازودي العلمية، عمان، ط١.
كمال وهبي (١٩٩٥)، نظرية التحليل النفسي- واتجاهاتها في خدمة الفرد، دار المعرفة الإسكندرية.
كمال، علي (١٩٩٤). العلاج النفسي قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
ليونا. تايلور، ترجمة سعيد عبد الرحمن (١٩٩٦)، الاختبارات والمقاييس، مصر، القاهرة.
م. كولز ترجمة: عبد الغفار الدماضي، ماجدة حماد، حسن علي، سيمون فريز (١٩٩٢)، المدخل إلى علم النفس المرض الاكلينكي، كندا.
محمد الهابط (١٩٩٣). التكيف والصحة النفسية. المكتب الجامعي - الاسكندرية.
محمد رفعت (١٩٩٧) الأمراض النفسية والعصابية، لبنان.
محمد سعيد فرج (١٩٨٠)، البناء الاجتماعي والشخصية، الهيئة المعرفية، جمهورية مصر العربية- القاهرة.
محمد عبد القادر (١٩٩٢). مدخل لعلم النفس الفارق، دار النهضة العربية، القاهرة.
محمد عثمان نجاني (١٩٨٥) القرآن وعلم النفس، دار الشروق، بيروت.
محمد عكاشة(١٩٨٩) الطب النفسي المعاصر، دار العلم للملايين.
محمد فخري الدباغ (١٩٩٧) أصول الطب النفسي بغداد، ط٢.
محمد محروس الشناوي (١٩٩٤)، نظريات الشخصية، دار غريب، القاهرة.

محمد معلا شيخو (١٩٨٠)، الطب النفسي، مديرية الكتب الجامعية - القاهرة.
محمـود هاشـم الـودني (١٩٨٣) الأمـراض النفسـية والعصـابية ووسـائل معالجتهـا، دار الحوار، سورية.
مصطفى خليل الشرقاوي (١٩٨٣). علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.
مصطفى فهمي (١٩٧٨)، علم النفس الاكلينكي، دار مصر للطباعة، مصر.
مصطفى، غالب(١٩٨٣)، فصام الشخصية، دار مكتبة الهلال، بيروت.
ملحم، سامي (٢٠٠١). الإرشاد والعلاج النفسي، دار المسـيرة للنشرـ والتوزيـع والطباعـة، عمان، الأردن.
المليجي، حلمي (١٩٦٩)، القياس السيكلوجي في الصناعة، دار المعارف، ط١.
مياسا محمد (١٩٩٧)، الصحة النفسية والأمـراض النفسـية والعقليـة وقايـة وعـلاج، دار الجيل، بيروت.
ميخائيل، يوسف (١٩٩٢). الانتماء وتكامل الشخصية، مكتبة غريب: مصر.
نادر فهمي الزيود (١٩٩٨)، نظريات الشخصية والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان.
نزيه حمدي (١٩٨٨) برامج في تعديل السلوك، عمان.
نشواتي عبد المجيد (١٩٨٥). علم النفس التربوي، دار الفرقان للنشر والتوزيع، عمان.
نعيم الرفاعي (١٩٨٦)، العيادة النفسية والعلاج النفسي، دمشق.
نوري، القيسي (١٩٨١). الحضارة والشخصية، مقدمة الطبع محفوظة لدى وزارة التعلـيم العالي والبحث العلمي في العراق، العراق.
هوك، ليدزي، ترجمة: فرج أحمد وآخرون (١٩٧٥)، نظريات الشخصية، الهيئة المصرية.
الوقفي، راضي (١٩٨٩). مقدمة في علم النفس، المؤسسة الصحفية الاردنية، عمان، ط٢.
ــــــــــــ (١٩٩٨). مقدمـة في علـم الـنفس ، دار الشرـوق للنشرـ والتوزيـع، عـمان، الأردن، ط٣.
وليد سرحان (٢٠٠٠) الفصام، دار المجدلاوي للنشر والتوزيع.

المراجع الإنجليزية:

Adler, A, Individual Psychology in Muchison C. ed. psychological Clark Univ. USA., 1930.

Adler, A. The practice and theory of Individual psychology Mc Grew Hill. N. Y., 1927.

Allport, G. personality, A, psychological interpretation N. Y. 1977.

Allport, G. W. and Vernon P., Studies in expressive movement the Macmillan Company N. Y. 1983.

Allport, G. W. Vernon, P. E. and Lindzey, G., Study of Values (3ded) Copyright, by Houghton Mifflin Company, N. Y. 1979.

Anastasi, A., Psychological testing the Msamillan company Ivied, New York, 1996.

Arnheim, R., Art and Visual experience Rinehart Com, L. N. Y. 1964.

Asch, S. E., Social psychology, Prentice Hall, N. Y., 1982.

Aziz, H. D., Readings and Studies Educational and Psychological Part (3) Anglo-Egyption, Gairo, 1987.

Bandura, A., Psychotherapy as learning process psychol. Bull. (2), 1991.

Dollard, and Miller, N., Personality and psychotherapy, Mc Graw Hill, N. Y., 1990.

Eysenck, H. J Behaviour therapy and the Nanrosis Pergamon Press, N. U. 1990.

Eysenck, H. J. the Dynamics of Anxiety and Hysteria Routledge and Kegan Paul, London, 1987.

Eysenck, H. J. the Structure of Human Personality Methuem, London, 1983.

Farelly, F. and Brandsma, J., Provocative therapy: Shields publishing California, 1995.

Firrie, R. Nancie, Handling the Young Cerebral palsied Child at Home William Hermann Medical books, LTD. 1998.

Fitzgerald, H. E. and Mc Kinney J. P. Development, the Dorsey press, Homewood, Illinois, 1990.

Flavell, J. H. the development Psychology of Jeam piaget, Princeton, Van Nostl and N. Y. 1993.

Frank, V., psychotherapy and Existentialism, Selected papers on Logotherapy, Washington press, N. Y., 1997.

Frankl, V. the Will to Meshing, Foundations and applications of longtherapy, A palter Book, N. Y. 1990.

Frend, S. psychopathology of Everyday life 5th Impression Ernest Benn, London, 1990.

Garroll, H. A. Mental Hygiene: The Dynamics of adjustment, V.ed., Prentice- Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1988.

Goldstein, K. Human Nature in the light of psychopathology Cambridge Harvard University press, USA, 1990.

Goldstein, M. J. the relationship between Coping and avoiding behavior and response to Fear- arousing propaganda Journal of Abnormal and social psychology, USA, 1999.

Gron Bach, L. Essential of psychological Testing Harper and Brothers New York, 1990.

Growcroft, A., the psychotic, Understand, Madness Benguin Books, N. Y. 1995.

Groweroft, A., the psycotic Understanding madness, penguin books, 1997.

Hadley, J., Glinical and Counseling psychology Alfred Knop, New York.

Hall, C. S., and Lindzey, C. Theories of personality John Wiley, N. Y., 1997.

Harold, I., Kaplan, Al- Freed, M. Freedman, Benjamin, Sadock. In Comphrensiv Textbooks of psychiatry 111 edg. Vol., 1992.

Hemann Melville, In Nomine Diabolic, Exploration in personality, N. Y. 1992.

Kahn and Gannel the dynamics of interviewing John Wiley and Sons, N. Y. 1990.

Kelly, G. A., the psychology of personal Constructs, Norton, N. Y., 1995.

Kinsey, A. G., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. and Cebhard, P. H. Sexual Behavior in the Human Female, Saunder, Philadelphia, 1948.

Krasner, L., Behavior Modification, Token economies in Clinical psychology, Meredith Corporation, USA, 1990.

Lazarus, R. S., personality 2^{nd} ad., Englewood Cliffs, New Jersey, prentice- Hall, Inc., 1971.

Lowe, G. R. the Growth of personality, from Infancy to Old Age, penguin Books, 1992.

Mahen, Brenden (editor) Contemporary Abnormal psychology, Selected Readings, penguin books, 1998.

Malinowski, B., A scientific of Culture and other Essays, the University Chapped, North Carolina Press, 1994.

Merton, R. K. the Role- Set problems in Sociological Theory British Journal of Sociology, Vol. 8 June, 1997.

Mesd, M., Sex and temperament in three primitive societies Rout-ledge and Kegan paul limited, London, 1998.

Miller, Edgar, Clinical Neuro psychology, Editor, Hamilton, M. Harmond USA, 1992.

Morozov, G. and Romasenko, V., Nervous and psychic diseases, Translated From Russian by David Mishne, Moscow, 1998.

Murphy, G. Historical introduction to Modern psycology, N. Y. 1999.

Murphy, G. Studies of Stressful Interpersonal Disputation in: american psychologist 1993.

Murphy, G., Newcomer experimental social psychology, N. Y., 1997.

Murphy, G., personality: A Biosocial approach to origins and Structure N. Y., 1997.

Murphy, M., and Neecomb, Experimental social psychology Harper, London, and N. Y. 1997.

Patty, W. L. and Johnson, L. S., Personality and Adjustment Me Grew- Hill Book Company, 1993.

Perlys, F., Gestalt Therapy, Macmillan Co., N. Y., 1990.

Portnov, A., and Fedotov, D. Psychiatry Translated from Russian by Yuri Shiroki, Moscow, 1995.

Regers, G. Client Centered Therapy Hanghton Mifflin Company, New York, 1991.

Sanason, I. G., Personality: An objective approach N. Y., Wiley, 1992.

Sarbin, T. R., Role Theory Hand book of Social psychology, Vol. 1, G. Lindyed. Cambridge Mass: London, 1994.

Schachter, S. Ordinal position and Fighter pilot effectiveness, Me Grew- Hill, N. Y. L., 1999.

Shaffer and Shoben the psychology of adjustment Me-Grew- Hill, N. Y. and L. 1999.

Sharif, M. and Cantril, H., the psychology of Ego-involvement, Wiley, N. Y. 1997.

Stanford, L. Systems Analysis Selected readings, USA. Penguin books, 1993.

Storr, A Human Aggression, pelican books, penguin, Harmoudsworth, Middleses, England, 1992.

Storr, A., the Integrity of the personality a pelican Book, penguin books, 1990.

Szasz, T. S., Ideology and insanity, Essays on the psychiatric Dehumanization of man, penguin books, Syracuse, N. Y., 1999.

Ullman, A. D., Socio cultural Foundations of Personality Houghton Mifflin Con, Boston, USA, 1995.

Vernon, P. E., personality Assessment: A critical Survey, Methuen, London, 1994.

Wolpe, J. Behavior therapy in complex neurotic states, British of psychiatrists, London, 1992.

Wolpe, J., Psychotherapy by Reciprocal Inhibition Stand Ford Calfi Stand-ford Venire Press, USA, 1998.

الفهرس